Aus der Universitäts Kinderklinik und Poliklinik Würzburg
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. J. Ströder

ZUR STERBLICHKEIT JÜDISCHER UND NICHTJÜDISCHER SÄUGLINGE

INAUGURAL - DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Josef Schuster

aus Haifa

Würzburg, 22. Januar 1980

Aus der Universitäts Kinderklinik und Poliklinik Würzburg
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. J. Ströder

ZUR STERBLICHKEIT JÜDISCHER UND NICHTJÜDISCHER SÄUGLINGE

INAUGURAL - DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Josef Schuster

aus Haifa

Würzburg, 22. Januar 1980

Referent : Prof. Dr.med. Dr.med. h.c. J. STRÖDER

Korreferent : Prof. Dr.med. H. FRANKE

Dekan : Prof. Dr.med. K.-H. WULF

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Februar 1980

UNIV. LEIDEN BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

MEINEN ELTERN

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG	1
II.	GRUNDLAGEN DES STATISTISCHEN MATERIALS ZUR STERBLICHKEIT JÜDISCHER UND NICHT-JÜDISCHER SÄUGLINGE	
a)	Geographische Auswahl des statistischen Materials	3
b)	Quellen des statistischen Materials	5
c)	Grundlagen und Aspekte des verwandten Quellenmaterials	7
d)	Der generell fehlende sozialmedizinisch-pädiatrische Aspekt in den Erhebungen	10
III.	METHODE UND AUFGABE DER UNTERSUCHUNG	12
IV.	STATISTISCHES MATERIAL ZUR STERBLICHKEIT JÜDISCHER UND NICHTJÜDISCHER SÄUGLINGE	
a)	Statistisches Material zur Säuglingssterblichkeit	14
b)	Die besonderen Verhältnisse in Wilna	16
c)	Statistisches Material zu den Todesursachen	17
V.	BEKANNTE URSACHEN DER GERINGEREN JÜDISCHEN SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT	
a)	Die wirtschaftliche Situation: Europäisches Judentum zwischen Ghettosituation und etablierter Bürgerlichkeit	26
b)	Die Unterschiede der Geburtenfrequenz zwischen jüdischer und christlicher Bevölkerung	32
c)	Säuglingssterblichkeit und soziale Einflüsse	34

Seite

VI. DIE BEDEUTUNG DER RELIGION FÜR DAS LEBEN DER JÜDISCHEN BEVÖLKERUNG

a) Die innerjüdische Szene unmittelbar vor dem Durchbruch der Assimilationsbewegungen 37

b) Schulchan Aruch - Das Grundlagenwerk der jüdischen Religionsgebote 42

VII. DIE JÜDISCHEN RELIGIONSGEBOTE IN IHREM EINFLUSS AUF DIE HÖHE DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

a) Das Verbot des vorehelichen Verkehrs 44

b) Das Verbot der Verwandtenehe 49

c) Der aus dem Religionsgesetz ableitbare niedere Alkoholkonsum in seinem Einfluß auf die Gesundheit der Nachkommen 55

d) Die Reinheitsgebote der Frau 57

e) Das Gebot der Circumcision 60

f) Das Gebot des Stillens 65

g) Koscher Nahrung und Konsumhygiene 73

h) Die Gebote zur allgemeinen persönlichen Reinlichkeit 79

i) Das hohe Ansehen der Gesundheit im Rahmen der jüdischen Religion 83

k) Der Vorrang der Gesundheitsbelange vor den Geboten der Religion 86

l) Der allgemeine Schutz des Kindes in der jüdischen Religion 91

m) Die Gebote der Wohltätigkeit 95

Seite

VIII. DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

a) Diskussion der Ergebnisse 100

b) Die besonderen Umstände der multifaktoriellen Genese der geringeren Tuberkulosesterblichkeit jüdischer Säuglinge 103

c) Allgemeine Zusammenfassung 107

IX. LITERATURVERZEICHNIS I

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543512_0008

I. EINLEITUNG

Die größte Gefahr für das Leben eines Neugeborenen liegt in der Perinatalzeit bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. Diesem Zeitraum der sogenannten Säuglingssterblichkeit widmet die Pädiatrie heute ebenso ihr volles Augenmerk, wie um die Jahrhundertwende. Dies ist umso verständlicher, bedenkt man, welch vermeidbaren Gefahren der Säugling ebenso vor rund einhundert Jahren wie heute durch Unwissenheit und besonders Gleichgültigkeit der Eltern ausgesetzt ist. Dabei wirkt es auf den ersten Blick erstaunlich, bereits in Veröffentlichungen zur Säuglingssterblichkeit aus der Zeit um 1900 von einer angeblich geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit in verschiedenen europäischen Gebieten zu lesen. Da die meisten dieser Zahlenangaben aber lediglich auf relativem Zahlenmaterial beruhen, erscheint es zunächst wichtig, eine solche Behauptung durch absolutes Zahlenmaterial zu sichern, auf seine statistische Signifikanz zu prüfen und - sofern möglich - nach Todesursachen aufzugliedern. Sollte sich die Behauptung von der geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit vor knapp hundert Jahren bestätigen, so erhebt sich die Frage nach den Ursachen. Hierzu wird schon seit langer Zeit das Argument der damals angeblich besseren wirtschaftlichen Situation und der niedrigeren Geburtenfrequenz der Juden angeführt. Abgesehen davon, daß hierbei Verallgemeinerungen vorliegen, die kritischer Überprüfung bedürfen, erscheint es fraglich, ob mit diesen Argumenten alle denkbaren Möglichkeiten einer Erklärung ausgeschöpft sind. So ist heute bekannt, wie sehr das Wohlergehen des Kindes auch von sozialmedizinischen Faktoren, also der gesamten Umweltsituation, beeinflußt ist. Da in frommen jüdischen Familien diese Umwelt entscheidend durch die Religionsgesetze geprägt war, erscheint es denkbar,

hieraus Einflüsse für Gesundheit und Wohlergehen des Säuglings abzuleiten. Dabei erweisen sich statistische Angaben aus der Zeit um die Jahrhundertwende dann als besonders günstig, wenn es gelingt,für diese Zeit eine erhebliche Bedeutung der Religionsgesetze für das Leben der jüdischen Bevölkerung nachzuweisen. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß durch den Nachweis einer medizinischen Bedeutung eines Teils der Religionsgesetze nichts über deren ursprünglichen Sinn gesagt, sondern lediglich auf sich in praxis ergebende Einflüsse hingewiesen werden kann.

Die vorliegende Arbeit untersucht die unterschiedliche Säuglingssterblichkeit jüdischer und nichtjüdischer Bevölkerungsteile in verschiedenen europäischen Gebieten und Orten um 1900 und zeigt die Bedeutung der jüdischen Religionsgesetze für die Gesundheit des Säuglings auf.

II. GRUNDLAGEN DES STATISTISCHEN MATERIALS ZUR STERBLICHKEIT JÜDISCHER UND NICHTJÜDISCHER SÄUGLINGE

a) GEOGRAPHISCHE AUSWAHL DES STATISTISCHEN MATERIALS

Zur Untersuchung des Einflusses der jüdischen Religionsgesetzgebung auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit sind verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen: So erscheint es notwendig, statistisch zuverlässige Angaben aus einer Zeit zu gewinnen, zu der die jüdische Bevölkerung die Religionsgesetzgebung streng befolgt hat. Hierfür bieten sich nur Zahlen aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und den ersten Jahren dieses Jahrhunderts an. Dies deshalb, da das orthodoxe Judentum im Verlauf des 20. Jahrhunderts beständig an Bedeutung verlor, während es vor rund einhundert Jahren die mächtigste und teilweise alleinige Gruppierung im Judentum darstellte. Darüber wird in diesem Kapitel noch ausführlich zu sprechen sein. Bedenkt man weiterhin, daß der größte Prozentsatz des Weltjudentums damals in Mittel- und Osteuropa ansässig war, wobei Osteuropa das Zentrum der Orthodoxie schlechthin darstellte, ist verständlich, daß diese Untersuchung sich auf Statistiken aus diesen Städten und Gebieten stützen wird.

Hierbei war es problematisch, ausreichend gesichertes Zahlenmaterial - sowohl zur Sterblichkeitsquote als auch zu den Todesursachen jüdischer und nichtjüdischer Säuglinge - zu finden. Die Suche nach Zahlen der reinen Sterblichkeitsquote gestaltete sich noch erfolgreicher, wenn auch der größte Anteil wegen der ausschließlichen Angabe in Relativzahlen

nicht verwertet werden konnte. Doch auch nach dem Aussondern dieser Zahlen blieben Materialien sowohl Mittel- als auch Osteuropas übrig, die alle einer statistischen Überprüfung standhielten. Die deutliche Trennung mitteleuropäischen und osteuropäischen Zahlenmaterials erscheint deshalb von Wichtigkeit, da es sich um zwei wirtschaftlich, kulturell, wie auch in ihrer religiösen Einstellung verschiedene Gruppen handelt, wie später noch ausführlicher erörtert wird. Aber gerade das Zahlenmaterial von diesen beiden, teilweise grundverschiedenen, jüdischen Gruppen dürfte bei der vorliegenden Fragestellung von Interesse sein. Aus Mitteleuropa liegen mir Zahlen von folgenden Gebieten und Orten vor: BADEN, HESSEN, OSTPREUSSEN, POSEN, SCHLESIEN, WESTFALEN, PREUSSEN als ganzes, BERLIN, BROMBERG und MÜNCHEN; aus Osteuropa: GALIZIEN, KROATIEN, UNGARN, BUDAPEST, BUKAREST, KRAKAU, LEMBERG und WILNA. Zur Tatsache, daß sich die Zahlen zum mitteleuropäischen Raum alle auf das Deutsche Reich beziehen sei angemerkt, daß gerade im Deutschen Reich, im Gegensatz zu England, Frankreich oder Belgien, die Statistik getrennt nach Konfessionen, sehr genau geführt wurde (191).

Wie angedeutet, war es erheblich schwieriger, Angaben zu den Todesursachen zu erhalten. Insbesondere für das frühe Kindesalter waren diese von den statistischen Ämtern meist nicht nach Konfessionen getrennt (124). Um aber auch hierzu zumindestens einige Angaben machen zu können, war es unumgänglich, sich teilweise mit Relativzahlen zu begnügen. Todesursachenstatistiken liegen dieser Arbeit zu Grunde aus HESSEN, AMSTERDAM, WIEN, BUDAPEST, ELISABETHGRAD (heute Leningrad) und KRAKAU.

In den folgenden beiden Abschnitten wird auf die Veröffentlichungen und Quellen, denen das Zahlenmaterial entnommen ist, näher eingegangen.

b) QUELLEN DES STATISTISCHEN MATERIALS

Die in IV. a) erwähnten Daten zur Sterblichkeitsquote jüdischer und nichtjüdischer Säuglinge sind im einzelnen folgenden Veröffentlichungen entnommen: Für BADEN der statistischen Veröffentlichung "Beiträge zur Statistik der inneren Verwaltung des Großherzogtums Baden" und dem Artikel "Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder, insbesondere der jüdischen Bevölkerung Badens" von F. NEUMANN im Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft. Die Daten sowohl für ganz PREUSSEN, als auch den Teilgebieten OSTPREUSSEN, POSEN, SCHLESIEN, WESTFALEN und BERLIN den entsprechenden Teil-Statistiken des amtlichen Quellenwerkes "Preussische Statistik", sowie für Preussen als ganzes fernerhin einer Veröffentlichung in der Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden von A. GOLDSCHEIDER: "Die Entwicklung der jüdischen Bevölkerung Preußens im 19. Jahrhundert mit besonderer Berücksichtigung der Zeit 1816 - 1875". Die Zahlen für BROMBERG entstammen dem Buch von E.v.BERGMANN: "Zur Geschichte der Entwicklung deutscher, polnischer und jüdischer Bevölkerung in der Provinz Posen seit 1824"; es ist dies ein Teil des Gesamtwerkes von F. NEUMANN: "Beiträge zur Geschichte der Bevölkerung in Deutschland". Das HESSISCHE Material fand sich in einem Bericht von L. KNÖPFEL "Der Geburtenrückgang und die Sterblichkeit bei der jüdischen Bevölkerung" in der Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden. Die Zahlen für MÜNCHEN setzten sich aus den folgenden drei Quellen zusammen: Einer vom Bureau für Statistik der Juden herausgegebenen und von J. SEGALL verfaßten Schrift: "Die Entwicklung der Jüdischen Bevölkerung in München 1875 - 1905", der Dissertation von M. KIRSCHNER: "Die Sterblichkeit und die Todesursachen der Juden in München 1881 - 1908", sowie dem "Statistischen Handbuch der Landeshauptstadt München 1928".

Für Materialien zur Sterblichkeitsquote im osteuropäischen Raum halfen verschiedene Publikationen des Bureaus für Statistik der Juden weiter. So wurde für Zahlen aus GALIZIEN, KRAKAU und LEMBERG das in diesem Bureau erschienene Buch von A.RUPPIN: "Die Juden in Österreich" und für BUKAREST das, vom selben Autor in der gleichen Reihe, erschienene Buch: "Die Juden in Rumänien" benutzt. Die Angaben zu UNGARN, KROATIEN, BUDAPEST, KRAKAU und WILNA entstammen den folgenden Artikeln aus der Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden: H. HOPPE "Zur Statistik der Juden in Ungarn" und N. WEIDLER "Die Bevölkerungsbewegung des Jahres 1906 bei den Juden in Ungarn" (diese beiden für Ungarn und Kroatien); E. AUERBACH "Die Sterblichkeit der Juden in Budapest 1901 - 1905"; J. THON "Die jüdische Bevölkerung in Krakau" und M. ABRAMOWITSCH "Die Bewegung der jüdischen Bevölkerung in Wilna in den Jahren 1896 - 1907".

Zu den Todesursachenstatistiken jüdischer und nichtjüdischer Säuglinge liegen folgende Quellen vor: Für AMSTERDAM fand sich eine solche Statistik im Organ der Obtschestwo Sdrawoochranenija Ewrejen, einer Gesellschaft für den Schutz der Gesundheit der Juden (103), der OSE-Rundschau. In dieser ist ein Artikel von J. KORALNIK "Über die Todesursachen bei den jüdischen und nichtjüdischen Kindern" enthalten. Die Statistik für WIEN stammt aus einem Beitrag von S.ROSENFELD im Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie: "Die Sterblichkeit der Juden in Wien und die Ursachen der jüdischen Kindersterblichkeit". Der bereits mehrfach erwähnten Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden entnommen sind Hinweise für HESSEN (L. KNÜPFEL "Die gegenwärtige Sterblichkeit der jüdischen und christlichen Bevölkerung im Großherzogtum Hessen nach Geschlecht, Alter und Todesursachen") und die osteuropäischen Städte BUKAREST und ELISABETHGRAD (E. AUERBACH "Die Sterblichkeit der Juden in Budapest" sowie S. WEISSENBERG "Das Verhalten der Juden gegen ansteckende Krank-

heiten"). Die Zahlen für eine entsprechende Statistik von KRAKAU fanden sich verstreut in der Statistischen Monatsschrift Wien 1908. Diese enthält den Artikel von S.ROSENFELD: "Todesursachen der Juden nach Altersklassen".

c) GRUNDLAGEN UND ASPEKTE DES VERWANDTEN QUELLENMATERIALS

Hier wird, an Hand der erwähnten Veröffentlichungen untersucht, in wieweit die später aufzuführenden Zahlen als zuverlässig anzusehen sind. Des weiteren sollen in diesem Abschnitt Aspekte und Ziele dieser Veröffentlichungen dargestellt werden.

Bei den Baden betreffenden Arbeiten handelt es sich um eine Sammlung des großherzoglich badischen statistischen Bureaus bzw. im Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft um einen Artikel, der seine Zahlen aus eben diesem Bureau bezieht. Zur Preussischen Statistik, dem amtlichen Quellenwerk des königlich statistischen Bureaus in Berlin, bedarf es keiner weiteren Erläuterung. Auf Zahlen aus dem gleichen Bureau beziehen sich ebenso A. GOLDSCHEIDER (Preussen) und E.v. BERGMANN (Bromberg). Letzterer bezieht sich auf die Sammlung von F.NEUMANN, Tübingen, die allerdings eine Zusammenstellung von Zahlen aus eben diesem Bureau darstellt. Bei den Veröffentlichungen München betreffend, sind als Quellen die Veröffentlichungen des statistischen Amtes der Stadt München sowie das Geburtsregister der Stadt München genannt. Das Zahlenmaterial zur Sterblichkeitsquote Osteuropas wurde gänzlich verschiedenen Veröffentlichungen des Bureaus für Statistik der Juden entnommen. Dieses, am 1.10.1904 in Berlin-Halensee gegründete Bureau, machte es sich zur Aufgabe,alles aus zuverlässigen Quellen fließendes statistisches

Material über jüdische Belange, wenn möglich mit nichtjüdischen Vergleichszahlen, zu sammeln und zu veröffentlichen (191, 192). Die Leitung dieses Bureaus übernahm der Volkswirtschaftler und Soziologe A. RUPPIN. Neben verschiedenen größeren Arbeiten zur Situation der Juden erschienen kleinere Artikel ab Januar 1905 in der, vom Bureau für Statistik der Juden herausgegebenen, Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden. Das Bureau für Statistik der Juden wertete L. KNÖPFEL, der Leiter der großherzoglichen Zentralstelle für die hessische Landesstatistik, als ein gut geleitetes Organ, das in dieser Form für jede Konfession geschaffen werden sollte (26). Zwei seiner Artikel in der Zeitschrift des Bureaus liegen dieser Arbeit ebenfalls zu Grunde.

Alle hier erwähnten Veröffentlichungen dieses Bureaus, sowie alle erwähnten Artikel der Zeitschrift für Demographie und Statistik der Juden beziehen sich auf amtliche Quellen. Es sind dies im Einzelnen: Für Budapest das statistische Bureau dieser Stadt, in Rumänien COLESCO, der Leiter der amtlichen rumänischen Statistik. Die Arbeiten aus Galizien, Krakau und Lemberg basieren auf Angaben der Österreichischen Statistik, der Statistischen Monatsschrift Wien, statistischen Veröffentlichungen des galizischen Landesamtes sowie der statistischen Bureaus in Krakau und Lemberg. Die Artikel über Ungarn und Kroatien entnahmen das Zahlenmaterial den Ungarischen statistischen Jahrbüchern. Eine gewisse Sonderstellung nimmt die Veröffentlichung über Wilna ein. M. ABRAMOWITSCH benutzte zwar die Tabellen des Wilnaer Statistischen Commitees, hielt es aber für notwendig, diese an Hand einer Enquete von B.SALKIND aus dem Jahre 1892 zu berichtigen. Es wird notwendig sein, auf diesen Sonderfall in einem späteren Abschnitt ausführlicher zurückzukommen.

Bei den Todesursachenstatistiken sind zusätzlich noch folgende Quellen zu nennen.

Die Veröffentlichung in der OSE-Rundschau, Amsterdam betreffend, basiert auf einer Auszählung von J. SANDERS im Amsterdamer städtischen statistischen Bureau. Eine Ausnahme zeigen die Zahlen von Elisabethgrad. Da es dort kein statistisches Amt gab, erfolgte die Auswertung an Hand der, durch einen Arzt oder Geistlichen, ausgestellten Totenscheine. Doch auch diese Zahlen haben einen gewissen Grad an Zuverlässigkeit: Zum einen bestand zur obigen Regelung der Totenscheine die Ausnahme, daß Rabbiner nur auf Grund eines ärztlichen Totenscheines beerdigten. Weiterhin ist, wie später noch dargelegt wird, Tatsache, daß die jüdische Bevölkerung viel eher ärztliche Hilfe in Anspruch nahm, als die nichtjüdische. Da dieser Artikel von S. WEISSENBERG sich nur auf ansteckende Krankheiten bezieht, darf angenommen werden, daß die nichtjüdische Dunkelziffer eine höhere ist und so im Vergleich für die jüdische Bevölkerung günstigere Ergebnisse als zutreffend angesehen werden können.

Bei der Untersuchung der Frage nach dem Ziel und Aspekt der verschiedenen bearbeiteten Materialien sticht es förmlich ins Auge, wie sehr sich Inhalt und Ziel der verschiedenen Arbeiten, jeweils für verschiedene Gebiete, gleichen. Sieht man dabei von den Zahlenzusammenstellungen der Statistischen Ämter ab (Preussische Statistik, Beiträge zur Statistik der inneren Verwaltung des Großherzogtums Baden), kann man über die anderen folgendes Gesamturteil abgeben: In allen Veröffentlichungen wird auf die Sterblichkeit, Geburtenfrequenz, Anzahl der Eheschließungen und zum Großteil auch auf Todesursachen, wenn auch nur in einem groben Überblick, eingegangen. Ziel dieser Arbeiten ist es auf die Bevölkerungsbewegung und den Gesundheitszustand der Juden hinzuweisen. Einige Arbeiten erwähnen fernerhin die Berufsgliederung und wirtschaftliche Lage der Juden und zeichnen so das Bild der Juden in einzelnen Ländern.

Wie gezeigt entstammen alle meiner Arbeit zugrundeliegenden Zahlen in ihrem letztlichen Ursprung amtlichen statistischen Ämtern. Die

erwähnte Ausnahme bei den Werten aus Elisabethgrad, dürfte eher zu einem im Verhältnis für die jüdische Bevölkerung schlechteren Bild führen. Auf die Zahlen aus Wilna wird später näher eingegangen. Bei der Thematik der verschiedenen Artikel handelt es sich um eine Art Momentaufnahme mit Vorausschau, also einem Situationsbericht der Juden verschiedener Länder und Städte.

d) DER GENERELL FEHLENDE SOZIALMEDIZINISCH-PÄDIATRISCHE ASPEKT IN DEN ERHEBUNGEN

Wie bereits ausgeführt, behandelt keine der Veröffentlichungen, denen das Zahlenmaterial für diese Arbeit entnommen ist, die Frage nach den Ursachen der geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit. Lediglich E.v. BERGMANN (20) und S.ROSENFELD (185) berühren diese Erscheinung in ihren ausführlichen Arbeiten kurz. Auch bei J. KORALNIK (115), sowie E. AUERBACH (6,7) und S.WEISSENBERG (232) wird eine stichpunktartige Erklärung gegeben. In diesen Erörterungen wird dann auch auf Chancen des jüdischen Kindes - bedingt durch eine höhere Stillquote und, den teilweise besseren, Stand der Hygiene sowie die in jüdischen Kreisen generell größere Sorge um die Gesundheit hingewiesen. Es scheint aber, daß eine derartig gefaßte Begründung, die mehr oder minder einer Aufzählung gleichkommt, in ihrer Aussagekraft nur von begrenztem Wert ist. Zunächst einmal dürfte es wichtig sein nicht einfach Lebensgewohnheiten der jüdischen Bevölkerung in den Raum zu stellen ohne auf ihren Ursprung einzugehen. Fernerhin erscheint es notwendig, soweit möglich, diese Lebensgewohnheiten mit dem Wissensstand der medizinischen Forschung unserer Zeit zu vergleichen, um so neben der Quelle des Verhaltens und den tatsächlichen Gewohnheiten auf die medizinische Bedeutung der Tradition eingehen zu können. Ein derart verstandener sozialmedizinisch-pädiatrischer Aspekt

wird in keiner der bisher erwähnten Veröffentlichungen berücksichtigt.

Ebensowenig fand ich eine solche Erörterung in einer anderen Veröffentlichung der in Rede stehenden Zeit. Zwar erschienen gerade zwischen 1902 und 1904 drei ausführliche Arbeiten zur Krankheitsstatistik der jüdischen Bevölkerung: M. ENGLÄNDER (55), H. HOPPE (94) sowie H. SINGER (207). Diese drei jedoch behandeln das häufigere oder seltenere Auftreten verschiedener Krankheiten sowohl bei jüdischen Kindern, als auch jüdischen Erwachsenen, gehen aber in einer Begründung nicht über den, für die vorher erwähnten Veröffentlichungen, angegebenen Rahmen heraus.

In neuerer Zeit erschienen zwei weitere Veröffentlichungen. Zum einen das Buch des Oberrabbiners von Großbritannien, I. JAKOBOVITS (101), der in seinem Standardwerk Antwort auf die Fragen des religiösen Juden nach seinem Verhalten gewissen Forderungen der Medizin gegenüber gibt. Eine sozialmedizinisch-pädiatrische Betrachtung im obengenannten Sinn stellt auch dieses Buch nicht dar. Zum anderen 1971 das Buch von U.O. SCHMELZ (198), entstanden im Rahmen einer Serie "Jewish Population Studies" des Institutes für zeitgenössisches Judentum an der Hebräischen Universität Jerusalem. U.O. SCHMELZ geht in diesem Buch ausführlich auf relatives Zahlenmaterial zur jüdischen Kindersterblichkeit ein, ohne näher die Ursachen des günstigeren Ergebnisses für die jüdischen Kinder zu untersuchen.

Es muß also von einem generell fehlenden sozialmedizinisch-pädiatrischen Aspekt in bisher vorliegenden Veröffentlichungen gesprochen werden.

III. METHODE UND AUFGABE DER UNTERSUCHUNG

An Hand der Sterblichkeitsquoten des Säuglingsalters aus verschiedenen Ländern bzw. Städten wird versucht, einen möglichst repräsentativen Querschnitt des Verhältnisses jüdischer zu nichtjüdischer Säuglingssterblichkeit aufzuzeigen. Um diese Aussagen beweiskräftig zu machen, sind alle Zahlen nach dem χ^2 -Vierfeldertest auf ihre statistische Relevanz hin überprüft worden.

Im Anschluß daran soll an Hand einiger Todesursachenstatistiken das vorher gewonnene Ergebnis aufgeschlüsselt werden, um dann evtl. weitere Schlüsse daraus ziehen zu können. Ergänzt durch die Zahlen zur Geburtenfrequenz in jüdischen und nichtjüdischen Ehen, dürfte somit ausreichendes Material vorliegen, welches eine wissenschaftlich zuverlässige Aussage über die Säuglingssterblichkeit jüdischer und nichtjüdischer Bevölkerungsteile in West- und Osteuropa zuläßt.

Im Anschluß daran ist es notwendig die gefundenen Unterschiede zu interpretieren. Nach der Untersuchung des Einflusses der wirtschaftlichen Lage und der Geburtenfrequenz, dürfte es von Interesse sein, die Bedeutung der dem jüdischen Bevölkerungsteil eigenen Religionsvorschriften, die Einfluß auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit haben könnten, zu besprechen. Denn bereits ein oberflächlicher Blick zeigt, daß es eine ganze Reihe solcher Religionsgesetze gibt. Erwähnt seien an dieser Stelle zunächst die Reinheitsvorschriften für die Frau, die Verpflichtung zu Stillen, das Gebot der Beschneidung oder auch der jüdische Grundsatz des Vorranges der Gesundheit vor dem Gesetz. Gerade diese, das Kind bzw. seine Entwicklung betreffenden, Religions-

vorschriften erscheinen einer genaueren Betrachtung wert. Hierfür bietet sich die folgende Methodik an:

Zunächst werden jeweils das bzw. die zugrundeliegenden Religionsgesetze in einer sinngemäßen Zusammenfassung entsprechend der deutschen Übersetzung nach S. GANZFRIED angeführt. Nach der Untersuchung, in welcher Form bzw. in welchem Maße diese Gebote befolgt wurden, erscheint es wesentlich, soweit möglich, die medizinische Erklärung der jüdischen Gebote nach dem Wissensstand um die Jahrhundertwende darzulegen. Im Anschluß an die Darlegung der entsprechenden Kenntnisse der medizinischen Wissenschaft unserer Zeit, dürfte dann für die einzelnen Religionsgesetze vom medizinischen Standpunkt aus ein Vorteil, ein Nachteil oder aber auch keinerlei Bedeutung nachgewiesen sein.

Insgesamt erscheint es denkbar, durch diesen medizinischen Erklärungsversuch jüdischer Religionsgebote einen weiteren Aspekt zur Diskussion der Frage nach den möglichen Ursachen der geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit aufzeigen zu können.

IV. STATISTISCHES MATERIAL ZUR STERBLICHKEIT JÜDISCHER UND NICHTJÜDISCHER SÄUGLINGE

a) STATISCHES MATERIAL ZUR SÄUGLINGS-STERBLICHKEIT

Die Sterblichkeit jüdischer Säuglinge war in allen hier geprüften Gebieten und Städten Westeuropas geringer, als die der nichtjüdischen. Diese Aussage trifft in Osteuropa für die meisten Gebiete und Städte zu. Lediglich waren in Krakau im Zeitraum 1894/1896 und in Lemberg 1897/1900 sowie 1901/1902 keine signifikanten Unterschiede nachweisbar. Unter Berücksichtigung der besonderen wirtschaftlichen und sozialen Situation der Juden in Osteuropa wird dies ebenso später erörtert, wie im Anschluß die, lediglich in Wilna, festgestellte erheblich höhere Sterblichkeit jüdischer Säuglinge im Vergleich zu den nichtjüdischen Gleichaltrigen.

Bei jüdischen und nichtjüdischen Säuglingen ist ein erheblicher Anstieg der Sterblichkeit im West-Ost Gefälle nachweisbar.

Gebiet oder Ort	Zeitraum	bis zum Alter von	Christen Geburten	Christen Todesfälle		Juden Geburten	Juden Todesfälle		χ^2	Signifikanz P	Quelle
BADEN	1864-1870	1.M.	374.321	39.410	(105,3‰)	5.864	409	(69,7‰)	77,76	< 0,0005	153
	1864-1870	1.J.	374.321	107.390	(286,9‰)	5.864	1.166	(138,8‰)	219,45	< 0,0005	
BROMBERG	1863	1.J.	24.496	5.284	(215,8‰)	736	95	(129,1‰)	31,97	< 0,0005	20
HESSEN	1876/1880	1.J.	31.877	6.000	(188,2‰)	800	118	(147,5‰)	8,51	< 0,0025	109
	1881/1885	1.J.	29.666	5.406	(182,2‰)	677	87	(128,5‰)	12,88	< 0,0005	
	1886/1890	1.J.	29.739	5.410	(181,9‰)	597	70	(117,3‰)	16,53	< 0,0005	
	1891/1895	1.J.	31.691	5.462	(172,4‰)	547	55	(100,5‰)	19,54	< 0,0005	
	1896/1900	1.J.	34.736	5.779	(166,4‰)	466	46	(98,7‰)	15,24	< 0,0005	
	1901/1905	1.J.	37.130	5.762	(155,2‰)	442	35	(79,2‰)	19,33	< 0,0005	
	1906/1910	1.J.	36.126	4.669	(129,2‰)	458	33	(72,1‰)	13,21	< 0,0005	
OSTPREUSSEN	1882	1.M.	77.741	5.740	(73,8‰)	659	23	(34,9‰)	14,54	< 0,0005	175,
	1882	1.J.	77.741	18.642	(239,8‰)	659	111	(168,4‰)	18,28	< 0,0005	176
POSEN	1882	1.M.	70.815	5.902	(83,3‰)	1.667	89	(53,4‰)	19,27	< 0,0005	175,
	1882	1.J.	70.815	16.403	(231,6‰)	1.667	272	(163,2‰)	43,10	< 0,0005	176
PREUSSEN	1882	1.M.	1.024.995	67.099	(65,5‰)	10.562	478	(45,3‰)	69,98	< 0,0005	175,
	1882	1.J.	1.024.995	213.652	(208,4‰)	10.562	1.560	(147,7‰)	234,30	< 0,0005	176
SCHLESIEN	1882	1.M.	153.773	13.493	(87,7‰)	1.374	61	(44,4‰)	32,10	< 0,0005	175,
	1882	1.J.	153.773	39.611	(257,6‰)	1.374	210	(152,8‰)	78,33	< 0,0005	176
WESTFALEN	1882	1.J.	79.651	11.634	(146,1‰)	586	66	(112,6‰)	5,22	< 0,025	175,176
BERLIN	1882	1.M.	42.991	2.955	(68,8‰)	1.502	77	(51,3‰)	6,98	< 0,01	175,
	1882	1.J.	42.991	11.814	(274,8‰)	1.502	230	(153,1‰)	108,83	< 0,0005	176
MÜNCHEN	1881-1885	1.J.	44.503	14.460	(324,9‰)	505	60	(118,8‰)	97,07	< 0,0005	108,
	1886-1890	1.J.	51.019	16.370	(320,9‰)	440	65	(147,7‰)	60,16	< 0,0005	203,
	1891-1895	1.J.	67.062	20.445	(304,9‰)	572	60	(104,9‰)	107,36	< 0,0005	214
	1896-1900	1.J.	79.072	22.275	(281,7‰)	608	70	(115,1‰)	82,96	< 0,0005	

Gebiet oder Ort	Zeitraum	bis zum Alter von	Christen Geburten	Christen Todesfälle		Juden Geburten	Juden Todesfälle		χ^2	Signifikanz P	Quelle
GALIZIEN	1882	5.J.	254.156	108.268	(426,0‰)	31.723	11.428	(360,2‰)	500,89	< 0,0005	31,
KROATIEN	1903	7.J.	96.194	33.581	(349,1‰)	521	124	(238,0‰)	28,17	< 0,0005	95,
	1906	7.J.	99.390	33.718	(339,2‰)	534	102	(191,0‰)	52,13	< 0,0005	231
UNGARN	1903	7.J.	601.568	215.362	(358,0‰)	26.956	6.306	(233,9‰)	1.739,45	< 0,0005	95,
	1906	7.J.	607.639	203.390	(334,7‰)	26.390	5.333	(202,1‰)	2.014,91	< 0,0005	231
BUDAPEST	1901-1905	1.J.	89.063	14.343	(161,0‰)	22.076	2.167	(98,2‰)	553,06	< 0,0005	6
BUKAREST	1904	5.J.	7.082	2.253	(318,1‰)	1.085	208	(191,7‰)	71,43	< 0,0005	32
	1905	5.J.	7.013	2.341	(333,8‰)	1.009	184	(182,4‰)	93,81	< 0,0005	
KRAKAU	1887/1889	1.J.	1.584	377	(238,0‰)	740	136	(183,8‰)	8,62	< 0,0025	224
	1891/1893	1.J.	1.934	397	(205,3‰)	799	119	(148,9‰)	11,72	< 0,001	
	1894/1896	1.J.	2.187	389	(177,9‰)	820	132	(161,0‰)	1,18	-	
	1901/1902	1.J.	2.452(1)	418	(170,5‰)	875(1)	122	(139,4‰)	4,50	< 0,05	31
LEMBERG	1894/1896	1.J.	3.725	763	(204,8‰)	1.565	256	(163,6‰)	12,06	< 0,001	31
	1897/1900	1.J.	4.189	568	(135,8‰)	1.669	245	(146,8‰)	1,19	-	
	1900/1901	1.J.	4.417	576	(130,4‰)	1.660	222	(133,7‰)	0,11	-	
WILNA	1897-1907	1.M.	44.954(2)	2.247	(50,0‰)	21.919(2)	2.395	(109,3‰)	801,62	< 0,0005	1
	1897-1907	1.J.	44.954(2)	8.851	(196,9‰)	21.919(2)	5.076	(231,6‰)	107,54	< 0,0005	

ERLÄUTERUNGEN: Die Geburtenzahl bezieht sich auf die Anzahl der Lebendgeborenen, außer
(1) Anzahl aller Geburten
(2) ob nur Lebendgeborene oder Anzahl aller Geburten aus der Quelle nicht ersichtlich

1887/1889 im Durchschnitt der Jahre 1887, 1888 und 1889
1887-1889 in den Jahren 1887, 1888 und 1889 zusammen

1 J. 1 Jahr
1 M. 1 Monat

Die Anzahl der Geburten und Todesfälle bezieht sich in der Spalte "Christen" bei München, Galizien, Kroatien, Ungarn, Budapest und Bukarest nicht nur auf die christliche, sondern auf die gesamte nichtjüdische Bevölkerung

b) DIE BESONDEREN VERHÄLTNISSE IN WILNA

Wie sich aus den Tabellen zum Verhältnis der jüdisch - nichtjüdischen Säuglingssterblichkeit ergibt, zeigte sich nur in Wilna ein für die nichtjüdischen Säuglinge günstigeres Bild. Da sich Wilna dadurch von anderen Orten und Gebieten, auch Osteuropas, unterscheidet, soll hier kurz untersucht werden, worauf dieser Unterschied zurückzuführen ist.

Bereits eine erste Differenz zu den Zahlen von Krakau oder Lemberg ergibt sich bei der Prüfung der verwandten Quellen. Zwar sind alle Werte Veröffentlichungen eines örtlichen oder staatlichen statistischen Bureaus entnommen, aber gerade die Geburtenzahlen von Wilna beruhen auf teilweise sehr ungenauen Angaben seitens der Geistlichen. Gerade der Hinweis auf das Geschlechterverhältnis der jüdischen Geburten (männlich zu weiblich: 180,5 : 100) dürfte dies bestätigen. Das entsprechende Verhältnis bei christlichen Geburten lautete 104 : 100. Wenn M. ABRAMOWITSCH davon ausgeht, daß alle männlichen jüdischen Geburten gemeldet wurden, da sonst eine rituell vorgeschriebene Beschneidung nicht erfolgen konnte und darauf aufbauend die Geburtenzahl auf das Verhältnis 107,2 : 100 umrechnet (1), seien Zweifel an diesen Zahlen gestattet. Da die Beschneidung nicht vom Rabbiner, sondern einem speziell ausgebildeten Mann, dem Mohel, vorgenommen wurde und die Anwesenheit eines Rabbiners dabei nicht von Nöten war, leuchtet es nicht ein, daß sämtliche männliche Geburten dem Rabbiner gemeldet waren. Jedoch auch wenn diese Zahlen Mängel aufweisen, so wird dies auf die Höhe des Unterschieds einen Einfluß haben, die jüdische Säuglingssterblichkeit aber nicht so weit senken, daß sie geringer als die nichtjüdische gewesen sein könnte. Es müssen also noch weitere Gründe eine Rolle gespielt haben.

Hierzu ist es nötig eine kurze historische Betrachtung anzuschließen. Zur Zeit der verschiedenen Ghettos (etwa um 1750) stellte das Wilnaer

Ghetto bereits eine negative Ausnahme dar. Waren in anderen Ghettos häufig 5-6 Personen gezwungen in einem einzigen Raum zu leben, so waren es in Wilna in den meisten Fällen acht (54).

Bedenkt man weiterhin, daß die Wohnrechtsbeschränkungen in Wilna für die jüdische Bevölkerung erst sehr spät (1861) aufgehoben wurden (105), so verwundert es nicht, über eine äußerst schlechte wirtschaftliche und hygienische Situation der Juden in Wilna zu lesen. War die wirtschaftliche Situation der Juden in Osteuropa generell schon schlecht, so kann man in Wilna von einem jüdischen Elend sprechen (1, 44). Daher dürfte es nicht abwegig sein, bei der Interpretation der Wilnaer Zahlen sich der Meinung von M. FISHBERG anzuschließen, der auf die extrem schlechte wirtschaftliche Situation verweist (63).

c) STATISTISCHES MATERIAL ZU DEN TODESURSACHEN

Nachdem dargestellt wurde, wie sich die jüdische zur nichtjüdischen Säuglingssterblichkeit verhielt, soll nun untersucht werden, bei welchen Todesursachen sich Unterschiede zwischen der jüdischen und der nichtjüdischen Bevölkerung ergaben.

Diese Frage wird sehr bald schwierig, wenn man sich überlegt, daß vom ausgehenden 19. Jahrhundert nur aus wenigen Städten und Gebieten Todesursachenstatistiken, getrennt nach Alter und Religion, vorhanden sind (198). Soweit diese auffindbar waren (Amsterdam, Hessen, Wien, Budapest, Krakau und Elisabethgrad) sind sie im folgenden diesem Abschnitt vorangestellt.

Amsterdam 1901 - 1913

Auf je 1000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts starben an den untenbezeichneten Krankheiten im Alter von 0 - 1 Jahr

Todesursache	männlich		weiblich	
	Juden	N.Jud.	Juden	N.Jud.
Debilität	24,80	20,54	19,73	15,28
Diarrhoe und Enteritis	21,67	30,28	13,34	23,5
Lungenkrankheiten+	12,81	21,32	11,08	17,89
Krämpfe	10,36	13,27	9,23	9,66
Meningitis	3,95	3,76	4,40	2,58
Tuberkulose (sämtl. Organe)	2,32	5,02	1,55	3,65
Epidemische Krankheiten++	6,28	9,59	6,81	9,34
Syphilis	1,23	1,60	0,85	1,44

\+ Akute Bronchitis, Bronchopneumie und croupöse Pneumonie

++ Masern, Keuchhusten, Diphtherie und Croup (115).

Hessen

Die Zahlen der jüdischen Bevölkerung beziehen sich auf den Zeitraum von 1901 - 1912, die der christlichen Bevölkerung auf den Zeitraum 1906 - 1910.

Es starben im Alter von 0 - 1 Lebensjahr

Todesursache	absolut		auf je 10.000 Lebendgeborene	
	Chr.	Jud.	Chr.	Jud.
Angeb. Lebensschwäche	2541	61	140,7	114,2
Scharlach, Masern, Diphterie, Keuchhusten	583	4	32,3	7,5
Tuberkulose	386	1	21,4	1,9
Krankheiten d. Atmunsorgane	1898	33	105,1	61,8
Krankheiten der Kreislauforgane	76	2	4,2	3,7
And. Krankheiten des Nervensystems	1880	15	104,1	28,0
Gehirnschlag	39	-	2,2	-
Magen- u. Darmkatarrh	3820	51	211,5	95,5
And. Krankheiten der Verdauungsorgane	120	4	6,6	7,5
Harn- u. Geschlechtsorgane	34	1	1,9	1,9
Krebs- u. Neubildungen	2	-	0,1	-
Selbstmord	-	-	-	-
Mord, Totschlag, tödl. Körperverletzung	15	1	0,8	1,9
Verunglückung	24	1	1,3	1,9
Andere benannte Todesursachen	538	14	29,8	26,2
Todesursachen nicht angegeben	1078	11	59,7	20,6

Anzahl der Lebendgeborenen im in Rede stehenden Zeitraum

Christen (1906/1910): durchschnittlich 36126

Juden (1901/1912): durchschnittlich 445

(110).

Wien 1901 - 1904

Auf je 10.000 Lebendgeborene starben

Todesursache	röm.-kath.			evang.			mosaisch		
	M.	W.	B.G.	M.	W.	B.G.	M.	W.	B.G.
Totgeborene	724	504	689	696	469	663	825	548	830
Durchfall u. Darmkatarrh	618	512	567	526	384	459	290	318	304
Angeb. Bildungsfelder	32	21	26	44	9	28	15	23	19
Lebensschwäche	403	334	370	352	262	309	290	265	278
Krankheiten d. frühen Alt.	31	26	29	12	23	17	26	19	23

(185)

Budapest 1901 - 1905

Auf 1000 Lebendgeborene der betr. Konfession starben

Todesursache	Kath.	Juden	übr. Konf.
Scharlach	15,4	16,2	14,4
Hirnhautentzündung	11,4	9,7	8,7
Tuberkulöse Hirnhautentzündung	9,6	7,0	6,7
Masern	10,4	6,6	9,3
Lungenentzündung nach Masern	6,7	3,2	5,3
Katarrh. Lungenentzündung	14,8	4,4	14,7
Luftröhrenkatarrh	15,6	8,0	11,3
Croup und Diphterie	10,7	6,5	8,5

(6)

Krakau 1887-1889 und 1891-1900

Es starben im Alter von 0-1 Jahr

Todesursache	absolut		auf je 10.000 Lebendgeborene	
	Chr.	Jud.	Chr.	Jud.
Blattern	41	22	16,6	22,6
Masern	66	30	26,7	30,8
Scharlach	42	26	17,0	26,7
Diphterie	137	64	55,5	65,7
Keuchhusten	62	26	25,1	26,7
Unterleibstyphus	4	-	1,6	-
Andere infektiöse Hautkrankh.	214	76	86,6	78,0
Tuberkulose	129	20	52,2	20,5
Lungen- u. Rippenfellentzündung	1116	320	451,7	328,4
Andere Krankh. d. Atmungsorg.	86	23	34,8	23,6
Nervenkrankheiten	325	190	131,5	195,0
Krankheiten d. Verdauungsorg.	1715	464	694,2	476,1
Krankheiten d. Blutumlaufsorgane	15	9	6,1	9,2
Krebs u. andere Neubildungen	8	-	3,2	-
Angeborene Lebenschwäche	770	198	311,7	203,2
Alle übrigen Todesursachen	208	83	84,2	85,2

Anmerkungen: In den Jahren 1888, 1889 und 1891-1900 wurden in Krakau 24.705 Christen und 9.745 Juden lebendgeboren. Auf je hundert lebendgeborene Judenkinder kamen daher 245 lebendgeborene Christenkinder. Dieser Faktor wurde in der letzten Spalte berücksichtigt. (186).

Elisabethgrad

Es erkrankten im Alter von 0-1 Jahr

Erkrankungsursache	absolut Chr.	absolut Jud.	auf je 100.000 Einwohner Chr.	auf je 100.000 Einwohner Jud.
I. Epidemische Krankheiten				
Blattern	13	2	34,6	8,4
Flecktyphus	4	1	10,6	4,2
Rückfalltyphus	2	-	5,3	-
Cholera	2	-	5,3	-
II. Endemische Krankheiten				
Unterleibstyphus	1	1	2,7	4,2
Diphtherie	20	20	53,2	83,7
Masern	46	45	122,3	188,4
Scharlach	32	28	85,1	117,2
Keuchhusten	33	19	87,8	79,5
Mumps	2	4	5,3	16,7
Windpocken	6	9	16,0	37,7
Brechdurchfall	46	11	122,3	46,0
Rotlauf	3	5	8,0	20,9

Zeitraum auf den sich die Untersuchung bezieht:

I. Epidemische Krankheiten

Blattern	Dez. 1907-Ende 1908
Flecktyphus	1908
Rückfalltyphus	1908 - 1910
Cholera	1910

Einwohner

Christen	37.598
Juden	23.890

II. Endemische Krankheiten

Unterleibstyphus	1908-1910
Diphtherie	1909-1910
Masern	1908-1910
Scharlach	1910-1911
Keuchhusten	1908-1909
Mumps	1908-1910
Windpocken	1908
Brechdurchfall	1910
Rotlauf	1908-1910

Bei allen Unzulänglichkeiten dieser Statistiken, insbesondere da nicht immer absolutes Zahlenmaterial vorhanden ist, aber auch die Diagnosestellung und die Krankheitsbezeichnungen nicht so exakt sind, wie wir dies heute erwarten, ergibt sich folgendes Bild:

Den ersten Vorteil gegenüber den nichtjüdischen Säuglingen scheinen die jüdischen Säuglinge schon "in die Wiege gelegt" bekommen zu haben, da ihre Sterblichkeit an angeborener Lebensschwäche sowohl in West- als auch in Osteuropa geringer war. Die Sterblichkeit der jüdischen Säuglinge an infantiler Diarrhoe war quer durch alle Gebiete erheblich niedriger, als die der nichtjüdischen Kinder. Diese gefährliche Erkrankung des Säuglingsalters trat bei jüdischen Kindern aller Gebiete Europas auffällig selten auf (63, 198).

Ein ähnlich gleichförmiges Bild zu Gunsten des jüdischen Kindes ergibt sich bei der Tuberkulose. Es ist dies ein Phänomen, das in keiner Erörterung angezweifelt wird. War dies zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch in einigen wenigen Veröffentlichungen der Fall, so ist dies wohl mit dem häufigeren Arztbesuch der Juden und der damit verbundenen häufigeren Diagnosestellung in Verbindung zu sehen (210). Der häufigere Arztbesuch der jüdischen Bevölkerung wird später noch ausführlich erörtert. Auch an anderen Erkrankungen der Atmungsorgane starben Juden aller Altersklassen, aber insbesondere auch jüdische Säuglinge seltener (64, 114). Über das bisher gesagte besteht Einmütigkeit in allen dieses Thema berührenden Veröffentlichungen.

Betrachtet man nun die Krankheiten Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, so ist ein einheitliches Bild nur sehr schwer oder gar nicht zu gewinnen. Je nachdem, von welchem Ort oder Gebiet ausgehend, wurden Verallgemeinerungen getroffen und dann wieder von anderer Seite widerlegt (226). Selbst von ein und demselben Ort werden unterschiedliche Ergebnisse berichtet. GLATTER berichtet, daß im Jahre 1863 die Sterberate an Diphtherie in Budapest

bei den Christen nur	2,6 %,
bei den Juden	4,2 % betrug (227).

Für die Jahre 1886 - 1890 ermittelte KÖRÖSY entgegengesetzte Resultate, nämlich Todesfälle auf 100.000 Kinder unter 10 Jahren an Diphtherie

bei Katholiken	559
bei Protestanten	509
bei Juden	345 (226).

Da es sich bei der Diphtherie um eine Erkrankung des Kindesalters handelt, kann angenommen werden, daß sich auch die Statistik von GLATTER in erster Linie auf Todesfälle im Kindesalter bezieht, so daß eine Vergleichbarkeit der Werte in ihrer Grundaussage gegeben ist.

Unter Zusammenfassung der Erkrankungen Masern, Scharlach, Keuchhusten und Diphtherie gelangt U.O. SCHMELZ (198) zu einem für die jüdischen Kinder günstigeren Verhältnis, wenn auch dies nicht auf alle Gebiete und Städte zutraf. Insbesondere die in zahlreichen (aber nicht allen!) Gebieten höhere Sterblichkeit an Diphtherie wird in zeitgenössischer Literatur des öfteren erwähnt (63, 94, 141).

Anders zeigt sich nun das Bild bei einem Blick auf die epidemischen Krankheiten Typhus, Pocken, Cholera und auch die infektiösen Hauterkrankungen. Vor diesen Krankheiten schienen jüdische Säuglinge besser geschützt gewesen zu sein, denn im Gegensatz zu den endemischen Krankheiten, ist hierzu die einhellige Meinung einer geringeren jüdischen Sterblichkeitsrate erwähnt (63, 94, 233).

Zu den Stoffwechselkrankheiten, insbesondere auch dem Diabetes mellitus, ist eine klare Aussage für das Säuglingsalter wegen der sehr geringen Fallzahl nicht möglich (136, 207).

Zum Schluß sollen noch Syphilis, Hämophilie und die familiäre amaurotische Idiotie angeschnitten werden, die zwar zahlenmäßig nicht von

großer Bedeutung sind, aber dennoch einen großen Aussagewert haben:

Die Syphilis im Säuglingsalter macht sowohl bei den Juden, als auch bei den Nichtjuden, zu Ende des vorigen Jahrhunderts nur einen kleinen Prozentsatz der Todesursachen aus. Dabei scheint es, daß dieser Prozentsatz bei den jüdischen Säuglingen noch geringer war. Besonders in Osteuropa mag dies sehr leicht einleuchten, da dort die Syphilis unter Juden generell sehr selten auftrat und so eine Lues connata kaum vorkommen konnte (88). Aber auch für Westeuropa läßt die Statistik aus Amsterdam 1901 - 1913 ein ähnliches vermuten, wenn auch sicherlich jüdische Säuglinge im Westen häufiger von angeborener Syphilis befallen waren, als jüdische Säuglinge in Osteuropa (94).

Zu den Krankheiten, die bei jüdischen Kindern und Säuglingen häufiger auftraten und in vielen bzw. allen Fällen zu einem frühen Tod führten, gehören die Haemophilie (207) und die familiäre amaurotische Idiotie, und hierbei besonders die heute als Typ Tay-Sachs bezeichnete. Diese tritt zwar nur sehr selten, aber fast ausschließlich bei jüdischen Kindern auf. Es ist dies ein Tatbestand, der sich bis zum heutigen Tage nicht geändert hat (94, 112, 120,177).

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Anzahl jüdischer Verwandtenehen wird auf die familiäre amaurotische Idiotie näher eingegangen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß sich eine geringere Sterblichkeit jüdischer Säuglinge bei der angeborenen Lebensschwäche, der infantilen Diarrhoe, der TBC, den epidemischen Krankheiten, den Erkrankungen der Atmungsorgane und der Syphilis ergab. Bei den endemischen Erkrankungen ist ein einheitliches Bild nicht zu gewinnen. Es ist anzunehmen, daß insbesondere die Diphtherie unter den jüdischen Kindern relativ mehr Opfer gefordert hat. Sicherlich ein relativ höherer Prozentsatz jüdischer Säuglinge verstarb an Haemophilie und fast ausschließlich jüdische Kinder an der familiären amaurotischen Idiotie vom Typ Tay-Sachs.

V. BEKANNTE URSACHEN DER GERINGEREN JÜDISCHEN SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

a) DIE WIRTSCHAFTLICHE SITUATION: EUROPÄISCHES JUDENTUM ZWISCHEN GHETTOSITUATION UND ETABLIERTER BÜRGERLICHKEIT

Ein weit verbreitetes Argument zur Begründung der geringeren jüdischen Säuglings- und Kindersterblichkeit ist die angeblich im Untersuchungszeitraum bessere wirtschaftliche Situation der jüdischen Bevölkerung.

Zur Überprüfung der Richtigkeit dieser These erscheint es von Bedeutung, vier Tabellen zur Berufsgliederung jüdischer und nichtjüdischer Bewohner aus Deutschland, Preußen, Galizien und Rußland anzuführen. Aus Rumänien, einem Land mit sehr großer jüdischer Armut, ist aus der in Rede stehenden Zeit eine solche Berufsgliederung nicht vorhanden, da es dort bis 1900 keine Gewerbe- oder Berufszählung gab (32).

Wie man aus den dargestellten Tabellen sieht, war der bevorzugte Berufsstand der Juden der Handel, das Gewerbe und teilweise, jedoch erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die Industrie. Diese Tatsachen können bei Kenntnis der mittelalterlichen Geschichte nicht verwundern (222). Entsprechend ist auch der Anteil der Juden an der Landwirtschaft sehr klein. Was diese Erkenntnis angeht, so zeigen die Statistiken West- und Osteuropas eine ähnliche Berufsstruktur der Juden. Dies gilt aber trotzdem nicht für die wirtschaftliche und soziale Stellung der Juden.

Religionsbekenntnis der Erwerbstätigen nach Berufsabteilungen, sowie der häuslichen Dienstboten am 14. Juni 1895 in Deutschland

Berufsabteilung	Erwerbstätige		pro Berufsabt.	
	Nichtjuden	Juden	Nichtjuden	Juden
Landwirtschaft	8,289.321	3.371	34.52	1.38
Industrie	8.235.227	45.993	34.30	18.80
Handel	2.205.060	133.451	9.18	54.56
Lohnarbeit wechs. Art	431.602	889	1.80	0.36
Öff. Dienste, freie Berufe	1.411.320	14.641	5.88	5.99
Selbst. ohne Beruf	2.102.938	39.870	8.76	16.30
Häusl. Dienstboten	1.332.945	6.371	5.55	2.61
	24.008.413	244.586	100.00 %	100.00 %

(203).

Berufsgliederung der Juden und Gesamtbevölkerung Preußens im Durchschnitt der Jahre 1882 - 1907

Berufsabteilung	Gesamtbev.	Juden	pro Berufsabt. Gesamtbev.	Juden
Landwirtschaft	17.681.176	5.772	28.70	1,00
Industrie u. Gewerbe	26.386.537	128.085	42,70	22,60
Handel u. Verkehr	8.278.239	313.176	13,40	55,20
Häusl. Dienst u. Lohnarbeit wechselnder Art	792.748	1.892	1,30	0,30
Öff. Dienste, freie Berufe	3.407.126	37.458	5,5	6,60
Berufslose Selbständige	5.174.703	80.616	8,4	14,20
	61.720.529	566.999	100,00%	100,00 %

Anmerkung: In dieser Statistik sind in jeder Abteilung die Berufstätigen mit den Angehörigen und Dienenden für häusliche Dienste zusammengefaßt (204).

Berufsgliederung der Juden und Christen in Galizien 1900

Berufsabteilung	Berufstätige		pro Berufsabt.	
	Christen	Juden	Christen	Juden
Landwirtschaft	3.188.757	48.998	86,3	17,7
Industrie	155.298	73.206	4,2	26,4
Handel u. Verkehr	36.461	81.617	1,0	29,4
Liberale Berufe	2.971	2.363	0,1	0,8
Armee u. öffentl. Dienste	113.339	16.749	3,0	6,0
Lohndienst	114.108	32.359	3,1	11,7
Rentner, Almosenempf. Anstaltsbevölkerung	68.818	11.462	1,8	4,1
Ohne Berufszugehörigkeit	16.567	10.812	0,5	3,9
	3.696.319	277.566	100,2 %	100,0 %

(31).

Berufsgliederung der Juden in Rußland (1897 - 1900)

Berufsabteilung	Berufstätig	einschl. Angehörige	pro Berufsabt. Gesamtb.	Juden
Landwirtschaft	37.373	179.400	53,0	3,55
Gewerbe	555.229	1.793.937	14,6	35,43
Verkehrswesen	45.958	201.027	7,4	3,98
Handel	474.980	1.956.852		38.65
Dienstboten, Taglöhner Privatbeamte	175.750	334.827	25,0	6.61
Öff. Dienst, freie Berufe	71.914	264.683		5,22
Unproduktive u. unbest. Ber.	116.338	278.095		5,49
Militärdienst	53.195	54.277		1,07
	1.530.737	5.063.098	100,0 %	100,00 %

Anmerkung: Die Prozentzahlen der Gesamtbevölkerung beziehen sich auf das Jahr 1897

(91, 124).

In Westeuropa, insbesondere in Deutschland, der Schweiz, Frankreich, Italien und England ging es den dort gebürtigen Juden wirtschaftlich besser, als der nichtjüdischen Bevölkerung (63). Ob das allerdings in dem Maße zutrifft, wie es W. SOMBART ausdrückt, wenn er z.B. für Posen den Anteil jüdischer Steuern mit 24,02 % bei einem Bevölkerungsanteil von 4,21 % angibt (211), ist zu bezweifeln. Immerhin sollte man bedenken, daß, wie später gezeigt wird, die nichtjüdische Bevölkerung Europas zum größten Teil eine größere Kinderzahl hatte. Fernerhin fehlt in SOMBARTs Untersuchung der steuerliche Einfluß der Gesellschaften, die ausschließlich in nichtjüdischer Hand waren (204).

Eine eventuelle Aussage, daß alle Juden sehr reich waren, wäre folglich ein Fehlschluß. Zu sehr großem Reichtum gelangten nur einige wenige Juden (50). Daraus geht nun hervor, daß unzweifelbar die Juden Westeuropas zur Mehrzahl der Mittel- und Oberschicht gehörten, denen es wirtschaftlich besser ging, als der sie umgebenden Bevölkerung.

Andererseits gab es in Osteuropa ein riesiges jüdisches Proletariat ohne ausreichende wirtschaftliche Grundlage (138), welches unter weit schlimmeren sozialen Verhältnissen lebte als ihre christlichen Nachbarn (64). Wie erklärt sich nun aber der scheinbare Widerspruch zwischen dem hohen Anteil jüdischer Kaufleute und Händler und ihren niederen sozialen Verhältnissen?

Der Begriff des Händlers umfaßte in Polen und Rußland auch diejenigen, die sich vom kleinen Geldverleih ernährten, der ihnen allerdings in vielen Fällen kaum das Nötigste zum Leben verschaffte (63). Ebenso ging es vielen im Grundgedanken ihrer Tätigkeit echten Händlern, die allerdings durch die Tatsache, daß in vielen Orten Galiziens auf 8-10 Einwohner ein jüdischer Händler oder Kleinkrämer kam, keine ausreichende wirtschaftliche Grundlage besaßen (157). Andere wiederum suchten ihr klägliches Auskommen im Hausierhandel, und lebten mehr von Almosen, denn vom eigentlichen Gewinn. Sicherliche wäre es nun falsch zu behaupten, alle Juden in Osteuropa wären bettelarm gewesen. Im Laufe der

Jahrzehnte war es einem kleinen Teil gelungen, zu Wohlstand und Ansehen zu kommen, ebenso wie es andererseits in Westeuropa auch eine ganze Reihe armer Juden gab (55). Betrachtet man aber den Durchschnitt der jüdischen Bevölkerung Osteuropas, so ist die materielle Lage der Juden so traurig, wie man es sich kaum vorstellen kann (145). Einige Zahlen mögen dies verdeutlichen:

In Rußland betrug Ende des 19. Jahrhunderts die Zahl unterstützungsbedürftiger Juden 132.855. Das sind immerhin 18,8 % aller russischer Juden, die ohne fremde Hilfe verhungert wären (170). In Bukarest nährte der Hausierhandel von 40.000 jüdischen Einwohnern 400 Familien (42) und auch in Budapest gehörten die Juden zu einem erheblichen Teil zur armen Bevölkerung (212).

Entsprechend ihren wirtschaftlichen Verhältnissen unterschieden sich auch die Wohnverhältnisse der Juden in West- und Osteuropa. Im Westen Europas, bedingt durch die beginnende Emanzipation, begannen die Juden in den verschiedenen Stadtbezirken in vergleichbaren Verhältnissen zu wohnen, wie ihre nichtjüdische Umwelt. Im Osten dagegen war ihnen ein Wohnen außerhalb des ehemaligen Ghettos wohl erlaubt, aber durch die wiederholten antisemitischen Ausschreitungen nur teilweise möglich (121, 170). Eine ausgezeichnete Beschreibung der, von den Grundvoraussetzungen äußerst mangelhaften hygienischen Verhältnisse, im Ghetto im Zusammenhang mit der einzigen Überlebenschance durch ein streng religiöses Leben mit Erfüllung der Gebote von Bibel und Talmud und der daraus resultierenden hygienischen Lebensregelung liefert S. SCHERBEL (196). Das nachfolgende Bild aus dem Buch von R. VISHNIAC verdeutlicht die Ghettosituation plastisch (228). In einem Ghettowohnraum lebten nun 6-8, manchmal zehn Personen, so daß häufig nicht mehr als fünf qm pro Person Wohnraum entfiel (3, 53, 236).

Doch trotzdem es den Juden Osteuropas wirtschaftlich und sozial sehr schlecht ging, so arm fühlten sie sich nicht. Ganz im Gegenteil! Waren sie nach außen hin auch arm, im Inneren aber waren sie unendlich reich

[CRACOW

ENTRANCE TO THE OLD GHETTO

Reprinted by permission of Schocken Books Inc. from POLISH JEWS by Roman Vishniac. Copyright © 1847 by Schocken Books Inc. Copyright renewed © 1975 by Roman Vishniac.

durch ihre tief verwurzelte Religiosität (121, 228).

Somit zeigt sich, daß von einer einheitlichen wirtschaftlichen Situation der europäischen Juden nicht gesprochen werden kann. Ging es den Juden Westeuropas wirtschaftlich besser als der sie umgebenden Bevölkerung, so trifft dies bestimmt nicht für die Mehrzahl der osteuropäischen Juden zu.

Welche Schlüsse sich hieraus für die Frage nach den Ursachen der geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit ergeben, wird nach der Betrachtung der Geburtenfrequenz in einem zusammenfassenden Kapitel erörtert.

b) DIE UNTERSCHIEDE DER GEBURTENFREQUENZ ZWISCHEN JÜDISCHER UND CHRISTLICHER BEVÖLKERUNG

Zusammenfassend kann gesagt werden: In Westeuropa lag die jüdische Geburtenfrequenz in allen angeführten Gebieten und Orten niedriger als die der christlichen Bevölkerung. Zu demselben Ergebnis gelangte ich für einen großen Teil des osteuropäischen Zahlenmaterials. Genau ein umgekehrtes Bild bieten die vorliegenden Zahlen aus Krakau (1887/1889) und Lemberg (1894/1896), was insbesondere unter Berücksichtigung der geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit zu dieser Zeit in diesen Orten bemerkenswert ist. Die Bedeutung dieser Zahlen wird an späterer Stelle noch erörtert. Fernerhin ergaben sich für Krakau (1891/1893 und 1894/1896) ebenso wie für Lemberg (1897/1900 und 1901/1902) keine signifikanten Unterschiede.

Im ost-westeuropäischen Vergleich ist weder für die jüdische noch für die nichtjüdische Bevölkerung ein erheblicher Unterschied in der Geburtenfrequenz erkennbar.

DAS STATISTISCHE MATERIAL ZUR GEBURTENFREQUENZ JÜDISCHER UND NICHTJÜDISCHER EINWOHNER

Gebiet oder Ort	Zeitraum Einwohner	Zeitraum Geburten	Christen Einwohner	Christen Geburten		Juden Einwohner	Juden Geburten		χ^2	Signifikanz P	Quelle
BADEN	1871	1864/1870	1.433.568	53.474	(37,3‰)	25.703	838	(32,6‰)	15,55	<0,0005	153
BROMBERG	1863	1863	913.065	24.496	(26,8‰)	47.044	736	(15,6‰)	218,66	<0,0005	20
HESSEN	1876/1880	1876/1880	883.200	31.877	(36,1‰)	26.290	800	(30,4‰)	23,64	<0,0005	109
	1881/1885	1881/1885	919.100	29.666	(32,3‰)	26.400	677	(25,6‰)	36,35	<0,0005	
	1886/1890	1886/1890	948.000	29.739	(31,4‰)	25.800	597	(23,1‰)	56,38	<0,0005	
	1891/1895	1891/1895	990.000	31.691	(32,0‰)	25.100	547	(21,8‰)	83,12	<0,0005	
	1895/1900	1895/1900	1.054.000	34.736	(33,0‰)	24.500	466	(19,0‰)	147,27	<0,0005	
	1901/1905	1901/1905	1.139.500	37.130	(32,6‰)	24.600	442	(18,0‰)	164,72	<0,0005	
	1906/1910	1906/1910	1.221.200	36.126	(29,6‰)	24.400	458	(18,8‰)	98,09	<0,0005	
OSTPREUSSEN	1880	1882	1.912.455	77.741	(40,6‰)	18.218	659	(36,2‰)	9,28	<0,0025	174,175 176
POSEN	1880	1882	1.644.970	70.815	(43,0‰)	56.609	1.667	(29,4‰)	248,26	<0,0005	174,175,176
PREUSSEN	1880	1882	26.891.787	1.024.995	(38,1‰)	363.790	10.562	(29,0‰)	810,05	<0,0005	174,175,176
SCHLESIEN	1880	1882	3.952.882	153.773	(38,9‰)	52.682	1.374	(26,1‰)	229,51	<0,0005	174,175,176
WESTFALEN	1880	1882	2.022.470	79.651	(39,4‰)	18.810	586	(31,2‰)	33,42	<0,0005	174,175,176
BERLIN	1880	1882	1.067.073	42.991	(40,3‰)	53.949	1.502	(27,8‰)	208,76	<0,0005	174,175,176
MÜNCHEN	1880/1885	1881/1885	241.503	8.901	(36,9‰)	4.499	101	(22,4‰)	26,00	<0,0005	214,
	1885/1890	1886/1890	300.022	10.204	(34,0‰)	5.481	88	(16,1‰)	53,31	<0,0005	203
	1890/1895	1891/1895	371.528	13.412	(36,1‰)	6.638	114	(17,2‰)	67,73	<0,0005	
	1895/1900	1896/1900	445.667	15.814	(35,5‰)	7.953	122	(15,3‰)	93,54	<0,0005	

Gebiet oder Ort	Zeitraum Einwohner	Zeitraum Geburten	Christen Einwohner	Christen Geburten		Juden Einwohner	Juden Geburten		χ^2	Signifikanz P	Quelle
GALIZIEN	1880	1882	5.272.311	254.156	(48,2‰)	686.596	31.723	(46,2‰)	53,24	< 0,0005	31
KROATIEN	1900	1903	2.380.734	96.194	(40,4‰)	20.032	521	(26,0‰)	106,50	< 0,0005	95,
	1900	1906	2.380.734	99.390	(41,7‰)	20.032	534	(26,7‰)	113,40	< 0,0005	95,231
UNGARN	1900	1903	15.895.352	601.568	(37,8‰)	826.222	26.956	(32,6‰)	591,58	< 0,0005	95,
	1900	1906	15.895.352	607.639	(38,2‰)	826.222	26.390	(31,9‰)	850,98	< 0,0005	95,231
BUDAPEST	1901/1905	1901/1905	560.402	17.813	(31,8‰)	173.360	4.415	(25,4‰)	179,96	< 0,0005	6
BUKAREST	1899	1904	238.797	7.082	(29,7‰)	43.274	1.085	(25,1‰)	27,38	< 0,0005	32
	1899	1905	238.797	7.013	(29,4‰)	43.274	1.009	(23,3‰)	48,55	< 0,0005	
KRAKAU	1890	1887/1889	48.494	1.584	(32,7‰)	20.736	740	(35.7‰)	4,09	< 0,05	224
	1890	1891/1893	48.494	1.934	(39,9‰)	20.736	799	(38,5‰)	0,70	-	
	1900	1894/1896	65.653	2.187	(33,3‰)	25.670	820	(31,9‰)	1,08	-	
	1900	1901/1902	65.653	2.452	(37,3‰)(1)	25.670	875	(34,1‰)(1)	5,59	< 0,025	31,224
LEMBERG	1900	1894/1896	115.619	3.725	(32,2‰)	44.258	1.565	(35,4‰)	9,88	< 0,0025	31
	1900	1897/1900	115.619	4.189	(36,2‰)	44.258	1.669	(37,7‰)	1,99	-	
	1900	1901/1902	115.619	4.417	(38,2‰)	44.258	1.660	(37,5‰)	0,42	-	
WILNA	1897	1897/1907	85.654	4.087	(47,7‰)(2)	63.841	1.993	(31,2‰)(2)	255,15	< 0,0005	1

ERLÄUTERUNGEN:

Die Geburtenzahl bezieht sich auf die Anzahl der Lebendgeborenen, außer
(1) Anzahl aller Geburten
(2) ob nur Lebendgeborene oder Anzahl aller Geburten aus der Quelle nicht ersichtlich

1887/1889 im Durchschnitt der Jahre 1887, 1888 und 1889

Die Anzahl der Geburten und Todesfälle bezieht sich in der Spalte "Christen" bei München, Galizien, Kroatien, Ungarn, Budapest und Bukarest nicht nur auf die christliche, sondern auf die gesamte nichtjüdische Bevölkerung

c) SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT UND SOZIALE EINFLÜSSE

Wie im vorigen Kapitel dargestellt, war die jüdische Säuglingssterblichkeit geringer als die nichtjüdische. Die Frage, die sich nun anschließt, lautet: Worauf ist dieser Vorteil bei der jüdischen Bevölkerung zurückzuführen.

Bei einem flüchtigen Hinsehen gelangt man sehr schnell zu der Meinung, daß wirtschaftliche Gründe die Hauptursache des günstigeren Abschneidens der jüdischen Säuglinge waren. Unterstützt wird diese These einmal durch Veröffentlichungen, die genau diesen Themenkreis anschneiden (152), aber auch durch viele Veröffentlichungen allgemeiner Art (S. SCHLOSSMANN 1897, 197; R.M. WOODBURY 1926, 242; L.BERGNER u. M.W. SUSSER 1970, 21), die einen deutlichen Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Lage und Säuglingssterblichkeit aufzeigen. Eng hiermit verbunden ist das Argument einer günstigeren jüdischen Säuglingssterblichkeit, bedingt durch eine niedrigere Geburtenfrequenz der jüdischen Bevölkerung. So kann die Theorie, daß steigender Wohlstand zu einem Abfall der Geburtenhäufigkeit führt (38, 125, 146), als gesichert angesehen werden.

Nun scheinen diese Deutungsversuche des Problems zu oberflächlich. Wie bereits früher gezeigt, ging es der jüdischen Bevölkerung Westeuropas sicherlich wirtschaftlich besser, als der sie umgebenden nichtjüdischen. Aber ebenso sicher ging es der jüdischen Bevölkerung Osteuropas schlechter, als der nichtjüdischen. Ein Blick auf die Säuglingssterblichkeit zeigt nun, daß diese bei den Juden in Westeuropa günstiger war, als bei den Juden in Osteuropa, aber auch in Osteuropa etwas besser oder aber gleich der nichtjüdischen. Es muß also ein zusätzlicher Faktor vorhanden sein, der diese noch auf einem Gleichstand beläßt. Um das Argument des Einflusses einer niederen Geburtenhäufigkeit der jüdischen Bevölkerung in Osteuropa von Anfang an zu widerlegen, sei

darauf hingewiesen, daß der Unterschied zwischen jüdischer und nichtjüdischer Geburtenhäufigkeit dort im Vergleich zu Westeuropa sehr gering war, wobei es zusätzlich eine jüdische Eigenart in Osteuropa war, Neugeborene entweder nicht gleich, oder gar nicht anzumelden (90). Solche, nicht angemeldete Kinder, wurden aber im Todesfalle nachgemeldet, so daß die Sterblichkeitsstatistiken als der Zeit entsprechend zuverlässig anzusehen sind.

An Hand zweier Beispiele soll nun noch belegt werden, daß, neben dem wirtschaftlichen Einfluß und der niederen Geburtenhäufigkeit, noch ein dritter Faktor zur Erklärung des Phänomens der jüdischen Mindersterblichkeit im Säuglingsalter zugezogen werden muß.

S. ROSENFELD unternahm zu Beginn dieses Jahrhunderts in Wien den Versuch der Aufspaltung der Sterblichkeit der jüdischen und nichtjüdischen Bevölkerung nach der Wohlhabenheit. In Wien deshalb, da dort einzelne Stadtbezirke klar als zum größten Teil mit wohlhabender bzw. armer Bevölkerung besiedelt, abgegrenzt werden konnten. Nun zeigt sich, daß die allgemeine Sterblichkeit in den armen Bezirken sowohl bei den Juden als auch bei den Nichtjuden höher war, als in wohlhabenden Bezirken. Jedoch ergab sich die interessante Tatsache, daß diese sich in wohlhabenden Stadtbezirken viel weniger unterschied, als in den armen Bezirken, wo sich für die jüdische Bevölkerung ein erheblich günstigeres Bild zeigte (185). Unter Berücksichtigung des hohen Anteils der Säuglingssterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit um 1900, ist anzunehmen, daß dieses Ergebnis von S. ROSENFELD, das sich auf die Gesamtsterblichkeit bezieht, auch für die Säuglingssterblichkeit zutrifft. Zu genau demselben Ergebnis kam auch WEISSENBERG bei der Untersuchung der jüdischen und nichtjüdischen Sterblichkeit in Odessa (232).

Als zweites Beispiel sei an die vorgenannten Angaben zur Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit in Krakau (1887/1889) und Lemberg (1894/1896) erinnert. Für diese beiden Orte ergab sich, bei einer

statistisch signifikanten höheren jüdischen Geburtenfrequenz, dennoch eine ebenso überprüfte geringere jüdische Säuglingssterblichkeit. Nach dem Gesagten erscheint es klar, daß neben dem Einfluß der wirtschaftlichen Lage und der Geburtenhäufigkeit noch ein weiterer Faktor bestanden haben muß, der einen Einfluß auf die relativ geringe jüdische Säuglingssterblichkeit besaß.

In wieweit hierfür das jüdische Religionsgesetz von Bedeutung war, soll im Folgenden untersucht werden. Dabei gilt es zunächst zu untersuchen, in welchem Maße angenommen werden kann, daß die jüdische Bevölkerung im Untersuchungszeitraum diese Gebote befolgte. Danach sei kurz auf die Grundlage und die benutzten Quellen der zu erörternden Religionsgesetze eingegangen.

VI. DIE BEDEUTUNG DER RELIGION FÜR DAS LEBEN DER JÜDISCHEN BEVÖLKERUNG

a) DIE INNERJÜDISCHE SZENE UNMITTELBAR VOR DEM DURCHBRUCH DER ASSIMILATIONSBEWEGUNGEN

Das Verhältnis der Juden zu ihrer Religion stand unter zwei verschiedenen Einflüssen, die beide eng mit den politischen Gegebenheiten verbunden waren. Zum einen war dies die zunehmende Emanzipation der Juden Westeuropas, insbesondere in Deutschland und Österreich. Diese gipfelte in dem am 3. Juli 1869 verabschiedeten Gesetz, welches alle aus der Verschiedenheit des religiösen Bekenntnisses hergeleiteten Beschränkungen aufhob (49).

Diese Emanzipation führte nun dazu, daß die Juden ihrer Religion, der sie seit hunderten von Jahren aufs Tiefste verbunden waren, gegenüber gleichgültiger wurden und so den Bestrebungen der Liberalen zugänglicher (49). Deren Bestreben war es, an der Grundidee des Judentums festzuhalten, jedoch viele, in ihren Augen überholte, Religionsgesetze in der Bedeutung zu mindern. Es handelte sich dabei insbesondere um die Zeremonialgesetze, wie z.B. einen Teil der Speisegesetze, die zwar nicht formal aufgehoben wurden, deren Beachtung aber mehr dem Einzelnen überlassen wurde (193). Es war dies ein Bestreben, das vielen Juden entgegenkommen mußte, da so der Umgang mit der christlichen Bevölkerung erheblich erleichtert wurde.

Hierzu muß aber gleich erwähnt werden, daß das liberale Judentum des 19. Jahrhunderts in keiner Weise identisch ist mit dem liberalen Judentum unserer Zeit, sondern vielmehr dem heutigen Begriff des konser-

vativen Judentums entspricht (137, 193). Eng mit der jüdischen Tradition verbunden hielten sie an vielen Geboten aus Überlieferung, Tradition und Pietät zu den Vorfahren fest (123, 193).

Diese Feststellung bezieht sich aber nur auf Westeuropa. In Osteuropa war von Emanzipation der Juden allerhöchstens ein ganz kleiner Schimmer, wie in Rußland, oder aber gar nichts, wie z.B. in Rumänien, zu spüren (41). Durch die damit verbundene Abgeschlossenheit der Juden untereinander kam es in Osteuropa zu keinem nennenswerten Ansatz des liberalen Judentums, so daß die Orthodoxie in religiöser Hinsicht die unbedingt führende Kraft war.

Zu dem zunehmenden Einfluß des liberalen Judentums - es stagnierte jedoch ab 1870 - kam von 1877 sowohl in West- als auch in Osteuropa ein weiterer bedeutender Einfluß auf das Judentum im Ganzen und den einzelnen Juden im Verhältnis zu seiner Religion (23): Der Beginn des Judenhasses in ganz Europa, der durch die Schrift von Wilhelm Marr 1879 die Bezeichnung Antisemitismus bekam (42, 49, 180). Die Ursachen für den Antisemitismus in Europa waren vielfältig: In ganz Europa wirkten Faktoren, wie die Absonderung der Juden durch ihr Ritual (Speisegesetze, Sabattruhe), aber auch die in der christlichen Überlieferung geäußerte Meinung, daß die Juden diejenigen seien, die den Messias gekreuzigt hätten (193). Für Deutschland kamen noch folgende spezifische Gesichtspunkte hinzu: Die Eröffnung verschiedener Warenhäuser in Berlin und anderen Großstädten seitens jüdischer Kaufleute, die steigende Anzahl von Juden in gehobenen öffentlichen Stellungen und schließlich die Tatsache, daß die liberale Presse, zum Teil in jüdischer Hand, nicht mit Kritik an dem regierenden Monarchen, Kaiser Wilhelm I., sparte (4). Gerade dies hatte entscheidenden Einfluß, daß die Regierung "mit den Judengegnern liebäugelte" und "die Rechtsprechung eine auffallende Milde in der Verurteilung von schwersten Kränkungen der Juden" zeigte (183). So kam es bis zum Jahre 1881 zu einer Zunahme des Antisemitismus in Deutschland. Bei einer Parlamentsdebatte im Jahre 1881

war es ein Abgeordneter der Fortschrittspartei, Rudolf VIRCHOW, der das oben Gesagte sehr klar ausdrückte. S. DUBNOW schreibt über ihn:

> "Der berühmte Professor der Medizin Rudolf Virchow kennzeichnete die Methoden der Antisemiten, die bald religiöse, bald wirtschaftliche, bald Rassenmomente betonen, als Chalanterie und erklärte, daß die sich auf die konservative Partei stützende Regierung sicherlich mit den antisemitischen Hetzern solidarisch und daher für deren Untaten mit verantwortlich sei". (42).

Trotz verschiedener Wahlniederlagen der Antisemiten um diese Zeit hatten sie 1893 dann doch immerhin 16 Sitze im Parlament (42); dies, obwohl der inzwischen regierende Monarch, Kaiser Wilhelm II., die antisemitische Hetze verabscheute (51). Die Atmosphäre in Deutschland aber war vergiftet.

Ähnlich wie in Deutschland lagen die Verhältnisse in Österreich. Hier förderten vor allem wirtschaftliche Gründe den Antisemitismus. Im Gegensatz zu Deutschland standen hier von Anfang an Monarch und Regierung den Antisemiten sehr zurückhaltend gegenüber (4).

In Galizien war es die deutliche Zunahme der jüdischen Beschäftigten im öffentlichen Dienst und die Beispiele, wie sie vom östlichen Nachbarn Rußland vorgegeben wurden, die den Judenhaß vermehrten (42).

Zu den stärksten Ausschreitungen jedoch kam es in Rußland. Zunächst standen auch hier wirtschaftliche Gründe im Vordergrund. Als dann, nach der Ermordung des Zaren Alexander II. am 13. März 1881 bekannt wurde, daß dies eine jüdische Tat gewesen sein soll (in Wirklichkeit war unter dem Komplott eine einzige Jüdin in untergeordneter Position), war dem Antisemitismus in Rußland keine Grenze mehr gesetzt (42, 138). Das Progrom von Elisabethgrad (16.4.1881) sollte nur der Beginn einer langen Kette derartiger Demütigungen sein (42). Aber auch von Staats wegen wurden der jüdischen Bevölkerung Knüppel

zwischen die Beine geworfen. Die Maigesetze (3.5.1882) stellten ein ständiges administratives Progrom dar (51).

Ähnlich wie in Rußland war die Lage in Rumänien. Den Antisemitismus förderten noch folgende Umstände: Eine unwissende Bürgerschaft, eine korrupte Beamtenschaft und ein seit langer Zeit unterschwellig vorhandener Judenhaß (42). Parallel zu russischen Verhältnissen war der Höhepunkt in Rumänien 1899 erreicht (63).

Andere Ursachen für antijüdische Ausschreitungen ergaben sich in Ungarn. Zum einen kam es zu einer Überflutung des Landes mit flüchtenden russischen Juden und zum anderen war die Ritualmordlegende von Tisza-Esslav (1.4.1882) von großer Bedeutung (4). Ähnliche Ritualmordlegenden unterstützten die antijüdischen Hetzkampagnen aber auch in Deutschland (Xanten, Juli 1881) und in Galizien (März 1882). Ungarn nimmt insoweit eine Sonderstellung ein, da sich nach Abschluß des Gerichtsverfahrens 1884, welches die völlige Unschuld der beklagten Juden erwies, der antisemitische Sturm legte (4).

Die Frage, die es nun zu beantworten gilt, lautet: Wie verhielten sich die Juden? Zunächst konnten sie es, quer durch alle Gebiete, nicht glauben, was sich vor ihren Augen abspielte. Sie waren förmlich "seelenblind" (49, 154). Als sie die grauenvolle Wirklichkeit zu bemerken begannen, versuchten sie es mit Petitionen an die Regierung und riefen die ordentlichen Gerichte an (42). Nachdem sie erkannten mit wie wenig Erfolg diese Maßnahmen verknüpft waren, begannen sie sich zurückzuziehen (193). Es dauerte bis zum Jahre 1893, bis es zur Gründung des "Centralvereins deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens" kam. Diese Vereinigung wollte durch Betonung ihres Deutschtums den antisemitischen Thesen entgegentreten (183). Auch dieser Vereinigung war nur teilweise Erfolg beschert (42). In Rußland sahen die Juden die Lösung ihres Problems zum Teil in der Auswanderung (42).

Waren es somit zunächst die beginnende Emanzipation und in den folgenden Jahren der Antisemitismus, die die beiden wesentlichsten Außeneinflüsse auf die jüdische Bevölkerung darstellten, so erhebt sich die Frage, in wieweit sich hieraus Folgen im Verhältnis des Juden zu seiner Religion ergaben.

Hatte im Zeitraum 1850 - 1870 das liberale Judentum einen nicht unerheblichen Zulauf, so zeigte Ende 1872 das neugegründete "Orthodoxe Rabbinerseminar" in Berlin, welche Kraft die Orthodoxie wieder in sich zu spüren begann (49). Diese Tendenz wurde ungewollt durch den hereinbrechenden Antisemitismus gefördert. Es gab nun wichtigeres und der Kampf um religiöse Reformen erschien belanglos (42, 137). Die Juden wuchsen wieder zu einer Gemeinschaft zusammen, ein Merkmal, das parallel der Steigerung der antijüdischen Hetze von West nach Ost sich noch zu steigern vermochte (42, 154).

Wie sehr viele den Weg zurück zur Religion fanden, schildert I. ELBOGEN

> "Selbst im Lauen und Gleichgültigen regte sich wieder Teilnahme für jüdische Fragen, Interesse für die Erhaltung der väterlichen Religion und Gemeinschaft" (48).

Wie stark war nun der Prozentsatz der orthodoxen Juden in West und Ost im Vergleich zu ihren liberalen Glaubensbrüdern? Wenn F. THEILHABER für 1870 50 % in Deutschland als orthodox angibt, so hat sich dieser Prozentsatz in den darauffolgenden Jahren nach dem oben Gesagten auf jeden Fall wieder deutlich erhöht (156, 223). Im Osten Europas, wo das liberale Judentum niemals vorher einen wesentlichen Einfluß besaß, nahm im ausgehenden 19. Jahrhundert die Orthodoxie eine beherrschende Stellung ein (17).

Somit kann man davon ausgehen, daß die Religion um die Jahrhundertwende einen sehr wesentlichen Einfluß auf das Leben der jüdischen Bevölkerung besaß; diese beachteten folglich zu einem großen Prozentsatz die Religionsgesetze streng.

b) SCHULCHAN ARUCH - DAS GRUNDLAGENWERK DER JÜDISCHEN RELIGIONSGEBOTE

Bevor im folgenden eine direkte Beziehung zwischen den jüdischen Religionsgesetzen und der modernen Medizin aufgezeigt wird, ist es wichtig, auf die Grundlage der dort erwähnten Religionsgesetze einzugehen.

Ein Grundsatz der jüdischen Religion ist die Beschäftigung mit der göttlichen Lehre. So entstanden im Laufe der Jahrhunderte unzählige Erläuterungen und Auslegungen zu den verschiedenen Stellen der heiligen Schrift. Daraus wurde um 500 n. Chr. der babylonische Talmud, der sich in zwei Hauptteile, die "Mischna", den eigentlichen Text, und die "Gemara", die Erläuterungen, unterteilt. Diese Gemara wird abermals unterteilt in die "Agada" und die "Halacha". Bei der Agada handelt es sich um Stellen, die dem Verständnis nicht unmittelbar zugänglich sind und deshalb nicht Gläubigkeit im dogmatischen Sinn verlangen, im Gegensatz zur Halacha, die das eigentliche Gesetz darstellt. Dies widerspricht nicht der Tatsache, daß teilweise zu einem Punkt mehrere Meinungen aufgeführt werden, sondern führte vielmehr dazu, daß später zur Halacha weitere Codices entstanden, die als Gesetzesgrundlage dienten und dienen (215).

Erstmals im 12. Jahrhundert wurde diese gewaltige Fülle als ganzes gesichtet und von M. MAIMONIDES (1135 - 1204) zu einem gesamten jüdischen Religionsgesetz verarbeitet (131). Nachdem damit erstmals die gesamte Halacha zusammengefaßt war, kamen in den folgenden Jahrzehnten und Jahrhunderten weitere Verbesserungen und Berichtigungen dazu, so daß daraus J. CARO (1488 - 1575) eine klare und prägnante Fassung 1565 verfaßte (93). CARO nannte sein Werk "Schulchan Aruch", was in der deutschen Übersetzung "der gedeckte Tisch" bedeutet. Er meinte damit den Tisch des ewigen Lebens, auf welchem die geistige Nahrung wohlgeordnet und einladend aufgeschichtet

ist (131). In einer Beurteilung der Werke von M. MAIMONIDES und J. CARO spricht H. EISENSTADT von den ersten sozialhygienischen Gesetzbüchern der Geschichte, in welchen das menschliche Leben durch viele Einzelvorschriften auf das genaueste geregelt ist (46, 77). Dabei erhielt das Judentum gerade durch J.CAROs vierbändigen Schulchan Aruch diejenige feste Form, die es bis zum heutigen Tage bewahrt hat (130, 211). Obwohl mittlerweile über 400 Jahre alt, gilt auch heute noch, was H.G.F. LÖWE im Vorwort zu seiner deutschen Übersetzung 1837 meinte

> "Der Schulchan Aruch ist auch heute noch der Rechtscodex des orthodoxen Juden" (133, 156).

Trotzdem der Schulchan Aruch im Gedanken von J.CARO so konstruiert war, daß es möglich sein müßte, ihn innerhalb eines Monats immer wieder zu wiederholen (93), ist es ein großes Verdienst von S. GANZFRIED (1804 - 1886), daß er die für das tägliche Leben wichtigsten Vorschriften in einem kleineren Werk zusammenfaßte, dem er den Titel "Kizzur Schulchan Aruch" (Kleiner Schulchan Aruch) gab (104, 130). So gann S. GANZFRIEDs Kizzur Schulchan Aruch schon bald nach seinem Erscheinen im Jahre 1864 große Bedeutung, als ein Kompendium, in dem man sehr schnell und relativ einfach alle Probleme des täglichen Lebens vom religiösen Standpunkt einer Lösung näher bringen kann, ohne dabei auch nur einen Deut vom Religionsgesetz, der Halacha, abzuweichen (68).

Dieser Arbeit liegen demnach die Gesetze in folgender Form zu Grunde: Alle für diese Arbeit bedeutenden Religionsgesetze, die im Kizzur Schulchan Aruch vorkommen, sind diesem direkt entnommen. Ein Teil der Religionsgesetze ist dort nicht zu finden, sei es, daß sie zu speziell sind oder aber daß sie durch die Tradition so fest verankert sind, so daß sie in S. GANZFRIED's Augen keiner Erwähnung bedurften. Sie sind dem Schulchan Aruch in der deutschen Übersetzung von H.G.F. LÖWE oder anderen Quellen entnommen, die jeweils angegeben sind.

VII. DIE JÜDISCHEN RELIGIONSGEBOTE IN IHREM EINFLUSS AUF DIE HÖHE DER SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

a) DAS VERBOT DES VOREHELICHEN VERKEHRS

Einen wesentlichen Einfluß auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit besitzt die Anzahl der unehelichen Geburten. Worauf dies zurückzuführen ist und wie es sich im jüdisch-nichtjüdischen Vergleich für den Untersuchungszeitraum auswirkte, gilt es im folgenden zu untersuchen.

Über die außerehelichen Beziehungen schreibt der Kizzur Schulchan Aruch im Kap. 152 V.1 sowie Kap. 145 V.11: Es ist verboten mit einer Frau allein zu sein, mit Ausnahme Vater und Tochter, Mutter und Sohn, sowie Ehegatten (68).

Somit war eine außereheliche intime Beziehung zwischen Mann und Frau vom jüdischen Religionsgesetz aus verboten. Sicherlich ist an dieser Stelle der Einwand zu erwarten, daß dies ebenso für die, die jüdische Bevölkerung in Europa umgebende, christliche Bevölkerung von der Religion aus so vorgeschrieben ist. Doch gerade die in der These geforderte Bedingung einer stärkeren Religiosität der jüdischen Bevölkerung läßt sich dadurch mitbeweisen, wenn es gelingt Unterschiede im prozentualen Anteil der unehelichen Geburten aufzuzeigen.

Hierzu liegt im folgenden sehr gutes, absolutes Zahlenmaterial aus Baden, Preußen, Ungarn und Kroatien vor.

Leider nur relatives, aber dennoch durch die großen Unterschiede wohl

DIE ANZAHL DER UNEHELICHEN GEBURTEN IM CHRISTLICH-JÜDISCHEN VERGLEICH

Gebiet	Zeitraum	Christliche Geburten gesamt	unehelich		Jüdische Geburten gesamt	unehelich			Signifikanz P	Quelle
BADEN	1864-1870	387.135	53.858	(13,91%)	6.081	111	(1,83%)	738,61	< 0,0005	153
	1871-1873	172.924	17.270	(9,99%)	2.713	35	(1,29%)	227,47	< 0,0005	
PREUSSEN	1863/1865	779.396	47.396	(6,08%)	8.546	303	(3,55%)	95,56	< 0.0005	74
	1875/1899	1.039.569	91.644	(8,82%)	9.199	261	(2,84%)	407,61	< 0,0005	190
UNGARN	1903	601.568	58.333	(9,70%)	26.956	2.213	(8,21%)	65,55	< 0,0005	95
	1906	607.639	61.789	(10,17%)	26.390	2.691	(10,20%)	0,02	-	231
KROATIEN	1903	96.194	6.744	(7,01%)	521	12	(2,30%)	17,67	< 0,0005	95
	1906	99.390	6.928	(6.97%)	534	15	(2,81%)	14,23	< 0,0005	231

Erläuterungen: Die Geburtenzahlen beziehen sich auf die Anzahl der jeweils Lebendgeborenen

1864-1870 in den Jahren 1864, 1865,... und 1870 zusammen
1863/1865 im Durchschnitt der Jahre 1863, 1864 und 1865

auch ohne statistische Absicherung bedingt verwertbare Ergebnisse waren auffindbar aus Bayern, Hessen, Württemberg, Wien und Rußland.

		Uneheliche Geburten bei Gesamtbev.	Juden	Quelle
Bayern	1898	13,61 %	2,71 %	
	1902	12,76 %	2,39 %	
	1906	12,37 %	1,82 %	151
Hessen	1898	8,04 %	3,01 %	
	1902	7,36 %	3,98 %	
	1906	6,96 %	2,10 %	151
Württemberg	1898	10,03 %	2,92 %	
	1902	9,26 %	3,14 %	
	1906	8,56 %	1,02 %	151
Wien	1895	34,38 %	12,61 %	
	1898	33,25 %	12,59 %	
	1902	31,41 %	9,37 %	68
Rußland	1897	2,74 %	0,55 %	
	1899	2,74 %	0,36 %	
	1901	2,63 %	0,46 %	151

Eine Sonderstellung nimmt Galizien ein:

Galizien	1895	12,98 %	78,92 %	
	1900	11,77 %	74,72 %	
	1903	10,19 %	67,44 %	151.

Bestätigt wird dieses Ergebnis auch von H. HOPPE, der für 1882 gar 88,2 % uneheliche Geburten auf 100 jüdische Geburten angibt, im Gegensatz zu den christlichen Bevölkerungsteilen mit 4-5 uneheliche auf je 100 Geburten (94). Doch wäre es ein Fehlschluß hierin eine areligiöse Einstellung oder aber Unehelichkeit im eigentlichen Sinn des Wortes zu

vermuten. Vielmehr war es so, daß ein Großteil der jüdischen Ehen in Galizien nur vor dem Rabbiner geschlossen wurden, aber nicht, wie z.B. damals ebenso wie heute in Deutschland vorgeschrieben, auch zivilrechtlich. Vor der Statistik galten Kinder aus solchen Ehen, die gerade im Sinne dieser Arbeit als echte Ehen anzusehen sind, als uneheliche Kinder (94, 151). Somit gelangt man unter Einbeziehung des vorliegenden Zahlenmaterials zu folgendem Schluß: In allen vorliegenden Gebieten lag die Anzahl jüdischer unehelicher Kinder erheblich unter der der nichtjüdischen unehelichen Kinder. Lediglich in Ungarn war 1906 kein Unterschied mehr nachweisbar. Wegen der besonderen Verhältnisse der Eheschließung in Galizien sind aus diesen Zahlen keine Rückschlüsse möglich.

Bei der Untersuchung der Bedeutung dieses Unterschieds wäre es gut die Säuglingssterblichkeit sowohl der jüdischen, als auch der nichtjüdischen unehelichen Kinder statistisch zu erfassen und zu überprüfen. Dieses Vorgehen scheiterte an der so geringen Anzahl jüdischer unehelicher Geburten, die eine statistisch überprüfbare Aussage nicht zulassen. Somit sind Ergebnisse, wie die von P. NEUMANN, die von einer höheren Sterblichkeit jüdischer (im Gegensatz zu christlichen) unehelichen Kindern sprechen, mit Vorbehalten zu sehen, aber denkbar (153), da damit eine Abweichung von der althergebrachten jüdischen Tradition verbunden war und somit die große Gefahr des sozialen und auch materiellen Abstiegs (153, 190).

Betrachtet man sich den Gesamtkomplex unehelicher Kinder, so ist aber sicher, daß die geringe Anzahl unehelicher jüdischer Kinder im Hinblick auf die Säuglingssterblichkeit einen sehr günstigen Einfluß ausübte. So berichtet G. TUGENDREICH ebenso wie H. NATHANSON 1910 und E. OLSCHWANGER 1934 von der generell höheren Sterblichkeit unehelicher Säuglinge und Kinder. Begründet wird dies mit dem fehlenden sozialen Schutz, mangelhafter Fürsorge für das Kind durch die notwendig gewordene Berufstätigkeit der Mutter, Angst vor dem Kind während der

Schwangerschaft, Aversionen gegen das eigene Kind und der geringeren Stillquote (151, 158, 221, 225).

Nun ist das Problem der relativ hohen Sterblichkeit unehelicher Säuglinge auch heute noch sehr aktuell. So lag die Sterblichkeit der Unehelichen, die prozentual gesehen 1926 in Düsseldorf noch beinahe das Dreifache der Ehelichen betrug, 1973 immerhin noch doppelt so hoch, als die der Ehelichen (80). Eine doppelt so hohe Sterblichkeit der Unehelichen für die gesamte Bundesrepublik Deutschland gibt auch R. LEUTNER auf das Jahr 1970 bezogen an (126). Es nimmt also nicht Wunder, daß man gerade in letzter Zeit bemüht ist, die Ursachen der höheren Sterblichkeit zu erkennen und nach Möglichkeit Abhilfe zu schaffen. Dabei gelangten verschiedene Untersucher unabhängig voneinander zu dem Ergebnis, als Hauptursache das durchschnittlich niedere Geburtsgewicht der unehelichen Kinder anzusehen (56, 126, 148). In der MÜNCHNER PERINATALSTUDIE 1975 wird bei einer allgemeinen Frühgeburtenquote von 7,1 % (Geburtsgewicht ≤ 2500 g) für ledige Mütter dieser Prozentsatz mit 12,0 % und für Geschiedene mit 19,2 %, im Gegensatz zu Verwitweten mit 9,5 % angegeben (149). Sicherlich ist es nicht abwegig, aus der erhöhten Frühgeburtenrate und dem durchschnittlich niederen Geburtsgewicht unehelicher Säuglinge einerseits und der sozialen Notlage der ledigen Mutter für das Ende des 19. Jahrhunderts und den Beginn dieses Jahrhunderts andererseits, auf die höhere Sterblichkeit unehelicher Säuglinge zu schließen.

Die zu Beginn dieses Kapitels gezeigte erheblich niedrigere Quote unehelicher Säuglinge in jüdischen Familien kann demnach als Mitursache für die generell geringere Sterblichkeit jüdischer Säuglinge angesehen werden.

b) DAS VERBOT DER VERWANDTENEHE

Bei der Untersuchung der Säuglingssterblichkeit muß auch die Häufigkeit von Verwandtenehen bedacht werden. Wie es sich hiermit in der jüdischen Bevölkerung verhielt und welche medizinischen Folgerungen daraus abzuleiten sind, soll der Untersuchungsgegenstand dieses Abschnitts sein.

Zu den Verwandtenehen lautet es im Kizzur Schulchan Aruch im Kap. 145 V. 9: Mit Ausnahme der Ehe zwischen Onkel und Nichte ist eine Ehe zwischen Verwandten nur nach Rückfrage bei einem Thoragelehrten erlaubt (68). Ausführend hierzu ist entsprechend dem 3. B. M. (Lev.) Kap. 18 V. 7-18 ausdrücklich und als eines der strengsten Verbote im Judentum die Heirat mit folgenden Verwandten verboten: Mutter, Vater, Stiefmutter, Schwester, Tante, Schwägerin, des Vaters angeheiratete Schwägerin, Tochter, Enkelin, Schwiegertochter, Schwiegermutter, Schwiegergroßmutter sowie Tochter und Enkelin der Frau (evtl. aus früheren Ehen) (164). Zu diesen eben erwähnten biblisch verbotenen Ehen haben die Talmudisten andere, ein bis zwei Grad, entferntere Verwandtschaftsgrade hinzugefügt. Ist nach der Bibel die Ehe mit der Mutter verboten, so fügten sie z.B. auch das Verbot der Ehe mit Großmutter und Urgroßmutter bei (57, 173). Aus den Ausführungen ergibt sich, daß lediglich die Ehe von Onkel und Nichte sowie Cousin und Cousine vom jüdischen Religionsgesetz aus gestattet ist (173).

Wichtig ist es nun zu klären, wie es sich mit der Anzahl der Verwandtenehen im Untersuchungszeitraum verhielt. Es ist bedauerlich, daß nur wenig exakte Zahlenangaben erfaßt wurden und somit heute keine ganz genauen Angaben zu diesem Gegenstand gemacht werden können. Lediglich aus Ungarn ist für den Zeitraum 1901- 1905 übermittelt, daß bei einem Bevölkerungsanteil von 4,4 %, 27,55 % aller Verwandtenehen jüdisch waren (63). Hierzu muß jedoch angemerkt werden, daß der

größte Teil der ungarischen Bevölkerung katholisch war und die katholische Kirche eine Ehe zwischen Cousin und Cousine verbietet. Sicher ist weiterhin, daß in Deutschland eine Ehe zwischen Onkel und Nichte nicht mehr zustande kommen konnte. Da der Rabbiner in Westeuropa eine religiöse Trauung erst nach der zivilrechtlichen vornehmen durfte, konnten Onkel und Nichte nach dem damals gültigen BGB § 1310 und StrGB § 173 nicht getraut werden (173). Somit waren als Verwandtenehen die Ehen zwischen Cousin und Cousine, sowie in Osteuropa auch zwischen Onkel und Nichte möglich. Bei der Frage, nach der Anzahl dieser Ehen in jüdischen bzw. nichtjüdischen Kreisen, sind sich alle Autoren darüber einig, daß in jüdischen Kreisen diese öfter vorkamen. Jedoch bereits über das Ausmaß besteht Uneinigkeit. Während H. ULLMANN von einem oft geübten Brauch spricht, erwähnt M.FISHBERG, daß sie öfter vorkamen und meint J. GUTMANN, daß Verwandtenehen sicherlich in jüdischen Kreisen häufiger waren, aber doch die Gesamtfrequenz sehr oft stark überschätzt wurde (64, 79, 227).

Etwas mehr Klarheit bringen evtl. folgende statistische Ergebnisse. Eine Untersuchung von N. WEIDLER befaßt sich mit dem Vorkommen von angeborenem Blödsinn, Idiotie, angeborenem Schwachsinn und Imbezillität in Österreich im Durchschnitt der Jahre 1898/1902. Er fand einen statistisch signifikanten Unterschied von 4,50 erkrankten Juden und 2,76 erkrankten Nichtjuden, jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner der entsprechenden Gruppe ($\chi^2 = 12,40$ $p < 0,0005$) (31, 231). Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, daß neben Verwandtenehen auch eine ganze Reihe anderer Ursachen in Betracht kommen können, insbesondere unter Einbeziehung der noch ungenauen Diagnosestellung. Eine weitere, neben anderen Faktoren, durch häufigere Verwandtenehen verursachte Krankheit, ist die Taubstummheit. 1902 gab es in Deutschland Taubstumme: 29.168 Protestanten (83/100.000), 18.870 Katholiken (92/100.000) und 757 Juden (136/100.000). Bei einer Einwohnerzahl von 55.653.000 Christen und

556.600 Juden ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied (χ^2 = 156,86 p < 0,0005) (213). Um dabei die Fälle von im Laufe des Lebens erworbener Taubstummheit auszuschalten, ist fernerhin das Verhältnis der angeborenen Fälle zu allen Fällen nach der Volkszählung von 1900 ermittelt worden. Es betrug bei den Protestanten 77,5/100, bei den Katholiken 77,0/100 und bei den jüdischen Erkrankten 79,2/100 (213). Unter Berücksichtigung des bekannten autosomal rezessiven Erbgangs beider angeborener Formen der Taubstummheit und unter Einbeziehung der Untersuchung zur Geistesschwäche von N. WEIDLER, kann somit zwar keine exakte Zahlenangabe, aber das Verhältnis der jüdischen zu den nichtjüdischen Verwandtenehen unter vielen Vorbehalten im Rahmen des eineinhalbfachen bis zweifachen der christlichen Quote angenommen werden. Für einige Gebiete Osteuropas ist nicht auszuschließen, daß diese Quote noch höher lag. Welche medizinischen Folgerungen sind nun daraus abzuleiten?

Bereits um 1875 wird von gehäuften Auftreten von Taubstummheit und "Blödsinn" unter den Nachkommen verwandter Elternteile berichtet (111). L. PFEIFFER erwähnt 1877 Unfruchtbarkeit, Abortus, Lebensschwäche, Mißbildungen und höhere Kindersterblichkeit als Folge der Blutsverwandtschaft, schränkt aber gleichzeitig ein, daß VOISIN und DARWIN dies abstreiten (168). Auch in neuen medizinischen Veröffentlichungen ist keine einmütige Auffassung zu verzeichnen. So bemerkt R.A. PFEIFFER (1968), daß Blutsverwandtschaft zu Mißbildungen und Erbleiden führen kann, von unspezifischen Effekten, wie erhöhter Kindersterblichkeit aber nur vereinzelt berichtet wird (169). Genau zu einem gegenteiligen Ergebnis gelangte A.C. STEVENSON et al. (1966). Zu konkreten Krankheitserscheinungen konnte er lediglich bei mißgebildeten Säuglingen einen höheren Prozentsatz blutsverwandter Eltern statistisch signifikant feststellen (217). Als weitere Krankheiten mit autosomal rezessivem Erbgang, und demnach möglicherweise höherer Quote bei Kindern blutsverwandter Eltern, werden noch Diabetes

und Taubstummheit erwähnt (70, 147). Diese führten allerdings gar nicht bzw. in seltenen Fällen zum Tode des Säuglings. A.G. MOTULSKY warnt jedoch ausdrücklich vor einer zu starken Hervorhebung der Ursache Verwandtenehe bei angeborenen Defekten, da auch eineiige Zwillinge weniger als 50 % der angeborenen Defekte gemeinsam hätten (147). Neben den erwähnten Krankheiten gibt es noch eine Reihe weiterer Krankheiten mit einfach rezessivem Erbgang, die jedoch wegen ihres seltenen Vorkommens und der im Rückblick doch noch ungenauen Diagnosestellung um 1900 heute so schwer beurteilbar sind, daß sich eine ausführliche Erörterung hier erübrigt. Für zwei jedoch erscheint, wegen der often Erwähnung ihres gehäuften Auftretens in jüdischen Bevölkerungskreisen, eine ausführlichere Darstellung wichtig. Es handelt sich um die Tay-Sachs- und die Niemann-Picksche Krankheit (144). Dabei kommt die Tay-Sachs Krankheit, eine Gangliosidose, in größerer Häufigkeit vor als die Niemann-Picksche Erkrankung, aber auch von der Tay-Sachs Krankheit waren bis 1933 erst 200 Fälle beschrieben (113, 142, 177).

Von der Niemann-Pick Krankheit, einer Sphingomyelinose, waren Mitte der sechziger Jahre dieses Jahrhunderts etwa 100 Fälle bekannt (45). Nach U. PFÄNDLER handelt es sich dabei um 35 Kinder jüdischer, 38 nichtjüdischer und 18 unbekannter Abstammung (167). In Anbetracht der sehr kleinen Fallzahl ist es wohl schwierig, hier eine jüdische Bevorzugung als gesichert anzunehmen, wenn diese auch vermutet wird. Interessant ist, daß die Tay-Sachs Krankheit in viel stärkerem Maße, aber nicht, wie oftmals behauptet, ausschließlich unter ashkenazischen (s.u.) Juden auftritt (120, 208). Unter den 1933 bekannten 200 Fällen befanden sich 144 erkrankte jüdische Kinder (84). Ashkenazim sind die in Zentral-, West- und Osteuropa ansässigen Juden, die Palästina im 1. - 2. Jahrhundert n.Chr. verließen, im Gegensatz zu den später ausgewanderten und dann in Spanien und Portugal ansässigen Juden, den Sephardim (120). Bei diesen ist von einem gehäuften Auftreten der Tay-Sachs Krankheit nichts bekannt.

Sicher ist, daß die Tay-Sachs Krankheit in der frühen Kindheit zum Tode führt; nach vorliegenden Quellen überlebte noch vor gut 30 Jahren kaum ein erkranktes Kind den 18. Lebensmonat (142). Bei der Frage nach den Ursachen der Tay-Sachs Krankheit wurde u.a. immer wieder die Blutsverwandtschaft als auslösender Faktor erwähnt. In einer der neuesten Untersuchungen, die sich auf die bis heute bekannten etwa 600 Fälle bezieht, berichtet E.H. KOLODNY von 1,78 % Cousinehen der Eltern jüdischer Patienten und 7.70 % Cousinehen der Eltern nichtjüdischer Patienten (112). Wenn auf der anderen Seite von etwa 2 % Cousinehen bei der Gesamtpopulation der Ashkenazim berichtet wird (2), scheidet die Ursache Blutsverwandtschaft zumindest für die jüdischen Fälle aus. Bei einem rückwärtigen Verfolgen der jüdischen Fälle fiel auf, daß diese fast ausnahmslos aus dem litauisch-russischen Gebiet abstammen, so daß die Vermutung besteht, daß alle jüdischen Fälle auf einer vor mehreren Jahrhunderten erfolgten Erbänderung beruhen könnten (84). Als weitere mögliche Ursachen des Auftretens der Tay-Sachs Krankheit sieht A. ADAM den Founder-Effekt, Drift, aber auch die Unempfindlichkeit des Heterozygoten gegen Tuberkulose (2). Diese letzte These stammt von N.C. MYRIANTHOPOULOS, der bei einer Untersuchung der Großeltern von erkrankten Kindern, im Vergleich zu Großeltern einer Normalpopulation, zu der erstaunlichen Feststellung gelangte, daß diese im Verhältnis weniger an Tuberkulose erkrankt waren (150).

Doch nicht nur negatives wird über häufigere Verwandtenehen und ihre Folgen berichtet. Bereits 1926 bemerkt H. ULLMANN:

> "Die Ausleseimmunität und damit die Widerstandskraft gegen Infektionskrankheiten, vor allem Tuberkulose, wird ebenfalls durch Inzucht vermehrt und fixiert" (227).

Geht man ferner über die Auswirkungen der Verwandtenehen auf die nächste Generation hinaus und betrachtet sich den Genpool in Hinblick auf eine zukünftige Population, so berichtet W. FUHRMANN von

durchaus positiven Aspekten der Verwandtenehen. Er schreibt:

> "Eine Zunahme der Verwandtenehen führt zu einer stärkeren Elimination kranker Gene, da ja mit jedem rezessiven Homozygoten zwei pathologische Gene ausgemerzt werden" (67).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß in jüdischen Bevölkerungskreisen Verwandtenehen wenig häufiger waren als in nichtjüdischen, in Osteuropa häufiger als in Westeuropa. Bedingt durch das jüdische Religionsgesetz war jedoch nur die Ehe zwischen Cousin und Cousine, sowie Onkel und Nichte möglich, in Westeuropa, durch den Einfluß der staatlichen Gesetze, lediglich zwischen Cousin und Cousine. Vom medizinischen Standpunkt aus ist anzunehmen, daß sich dies negativ auf die Höhe der jüdischen Säuglingssterblichkeit auswirkte. Eine Differenzierung, auf welche Todesursachen sich dies auswirkte, ist auch heute noch schwierig.

Eine in ihrer Entstehung nicht endgültig geklärte Krankheit, die Tay-Sachs Krankheit, die häufiger bei jüdischen Kindern auftritt, fällt wegen der geringen Fallzahl ebenso kaum statistisch ins Gewicht, wie die Niemann-Picksche Erkrankung. Fernerhin führten diese Krankheiten nur in einem kleinen Teil der Fälle bereits im ersten Lebensjahr zum Tode. Im Gesamtbild ist die jüdische Säuglingssterblichkeit durch häufigere jüdische Verwandtenehen nur gering negativ beeinflußt worden.

c) DER AUS DEM RELIGIONSGESETZ ABLEITBARE NIEDERE ALKOHOLKONSUM IN SEINEM EINFLUSS AUF DIE GESUNDHEIT DER NACHKOMMEN

In den letzten Jahren mehren sich Berichte von typischen Symptomen und Erscheinungsbildern bei Kindern starker Alkoholikerinnen, zusammengefaßt unter dem Begriff des embryopathischen Alkoholsyndroms. Da sich die Höhe des Alkoholkonsums bei der jüdischen bzw. nichtjüdischen Bevölkerung stark unterscheidet, wie noch gezeigt wird, erscheint es von Bedeutung auf das Problem der Kinder von Alkoholikerinnen einzugehen.

Zunächst sollen auch hier die Stellen aus dem jüdischen Religionsgesetz, den Alkoholkonsum betreffend, vorangestellt werden. Im vierbändigen Schulchan Aruch von J. CARO lautet es im Buch Eben Haezer 25,1:

> "Man gewöhne sich daran fern zu bleiben vom Spiel und dem übermäßigen Genusse von berauschenden Getränken" (11).

Der Kizzur Schulchan Aruch verbietet im Kap. 32 V.18 den übermäßigen Alkoholkonsum, während der gelegentliche Konsum als der Gesundheit förderlich beschrieben wird. Es ist demnach nicht die Aufgabe des alkoholischen Getränkes als Narkotikum oder Droge zu wirken, sondern dem Leben zu dienen (127). Zu dem Verhältnis des Alkoholmißbrauchs im jüdischen und nichtjüdischen Bevölkerungsteil gibt H. ULLMANN eindrucksvolles Zahlenmaterial an. So befanden sich im Frankfurter Krankenhaus 1897-1915 unter

4430	nichtjüdischen Patienten	29,2 % und
325	jüdischen Patienten	2,3 %,

die an alkoholischer Geisteskrankheit litten. Dabei betont er ausdrücklich, daß dieser Unterschied in osteuropäischen Gebieten noch höher war (227). Auch andere Autoren, wie H. ENGLÄNDER, RATNER

und H. SINGER sprechen ausdrücklich von dem kaum vorhandenen Alkoholmißbrauch der jüdischen im Gegensatz zur nichtjüdischen Bevölkerung (55, 179, 207). Auch eine neue Veröffentlichung von V. McKUSICK spricht von einer seit altersher bekannten ausgesprochen geringen Häufigkeit von Alkoholikern unter ashkenazischen Juden (144).

Kann somit ein geringerer jüdischer Alkoholkonsum nachgewiesen werden, ergibt sich die Frage, welche Vorteile daraus für die jüdischen Säuglinge abzuleiten sind. Über den Einfluß des übermäßigen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft schrieb H. HOPPE 1903:

> "Alkohol wirkt degenerierend auf die Nachkommen durch Schädigung und Schwächung der Konstitution; sie bleiben im Wuchs zurück und neigen zu englischer Krankheit, Skrophulose und Tuberkulose" (94).

Vergleicht man diesen Wissenstand mit den Erkenntnissen aus neuen Veröffentlichungen zu dem seit 1968 als embryopathisches Alkoholsyndrom bezeichneten Symptomenkomplex (195), so sind einige Parallelen unverkennbar. J.R. BIERICH nennt die folgenden Hauptmerkmale:

> "1) intrauterine Hypotrophie
> 2) erhebliche Dysmorphie des Gesichtes
> 3) andere somatische Fehlbildungen u.a. am Herzen
> 4) typische psychische und intellektuelle Entwicklungsstörungen" (25).

Ursächlich wird ein teratogenetischer Einfluß des Alkohols diskutiert. Da der Embryo bzw. Fetus kaum Alkoholdehydrogenase besitzt, ist er nicht in der Lage Alkohol zu metabolisieren, was dann besonders gravierend wirkt, wenn bereits der Alkoholabbau im mütterlichen Organismus durch eine Lebererkrankung gestört ist (25, 195). Dies dürfte mit entscheidend dafür sein, daß trotz jeweils starkem Alkoholmißbrauch nur in 1/3 der Fälle schwerste Schädigungen der

Leibesfrucht nachweisbar werden (122). Erfahrungen in der Pflege und Aufzucht derartig geschädigter Kinder, führten mittlerweile zu dem Ergebnis, daß diese, trotz bester Pflege und Fürsorge, ihren geistigen und körperlichen Rückstand im Säuglings- und Kleinkindesalter nicht aufzuholen vermögen (195).

Zur Frage nach einer eventuell höheren Säuglingssterblichkeit derart beschädigter Kinder wird zwar das embryopathische Alkoholsyndrom als alleinige Todesursache nicht klar bejaht. Allerdings ist dieses sicherlich mit ein Faktor, wenn in Abhängigkeit von Ernährungszustand, organischer Grunderkrankung und mangelnder Schwangerenvorsorge von einer erheblich höheren Todesrate von Säuglingen aus Alkoholikerfamilien berichtet wird (92). Es erscheint jedoch fraglich, in wieweit überhaupt eine Trennung von Grunderkrankung und Milieu in den allermeisten dieser Fälle möglich ist. Daß ein vorgeschädigtes Kind den Einflüssen eines sozial schlechten Milieus und den damit oftmals verknüpften Krankheiten, wie z.B. Tuberkulose, nur äußerst wenig Widerstandskraft entgegenbringen kann, dürfte unbestreitbar sein.

Daß somit die Säuglingssterblichkeit in Alkoholikerfamilien um die Jahrhundertwende höher war, als in dem sie umgebenden Kollektiv, kann angenommen werden. Der ausgesprochen geringe Anteil jüdischer Alkoholiker und Alkoholikerinnen um diese Zeit erwies sich sicherlich als Vorteil im Gesamtbild der jüdischen Säuglingssterblichkeit.

d) DIE REINHEITSGEBOTE DER FRAU

Bei Überlegungen zur Säuglingssterblichkeit und ihren Ursachen muß auch der Stand der weiblichen Hygiene untersucht werden, da es leicht verständlich ist, daß durch mangelnde Hygiene eine sehr frühe Schädigung des noch ungeborenen Lebens erfolgen kann.

So gibt es neben den bereits an anderer Stelle erwähnten allgemeinen Reinlichkeitsgeboten für die Frau noch weitere, die Zeit der Menstruation betreffende, Vorschriften. Im Kizzur Schulchan Aruch heißt es:

Kap. 153 V. 1,4,15:

> Zur Zeit der Menstruation und in den sieben postmenstruellen Tagen ist sogar eine Berührung der Frau verboten.

Kap. 160 V. 1 / Kap. 161 V. 1:

> Am siebten postmenstruellen Tag wasche sich die Frau am ganzen Körper besonders gut. Unmittelbar danach benutze sie das rituelle Tauchbad (68).

Somit war eine Kohabitation während der Menstruation und in den darauffolgenden sieben Tagen verboten und auch dann erst nach einer ausgiebigen körperlichen Reinigung und dem rituellen Tauchbad gestattet. Dabei sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, daß auch diese Gebote nach jüdischer Religionsauffassung ihr Ziel in der sittlichen und geistigen Vervollkommung haben und daraus abzuleitende medizinisch-hygienische Vorteile von seiten der Religion nur als Nebeneffekt betrachtet werden (14). Dennoch erscheint es unzweifelhaft, medizinische Vorteile in diesen Geboten erkennen zu können und zu dürfen.

Der Hauptvorteil, erkennbar bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts, lag zweifellos in der vorgeschriebenen körperlichen Reinigung der Frau. Wie wenig selbstverständlich dies damals war, wird klar, wenn RATNER berichtet,

> "daß im weltmännischen Paris in den höchsten Kreisen Baden sowie das Sichwaschen zu den Seltenheiten gehörte" (179),

und E. BÄUMER erwähnt, daß im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts häufig das Judenbad die einzige Bademöglichkeit in kleinen Städten

darstellte (9). Ist auch heute die große Selbstreinigungskraft der Vagina durch bakterielle Zytolyse und Milchsäurebildung der gram-positiven Döderlein-Bakterien bekannt (107), so ist doch interessant, was K. RICHTER als für unsere Zeit gültig schreibt:

> "Religiöse Vorschriften über Waschungen, Verhaltensmaßregeln für die Zeit der Menstruation haben an Autorität verloren. Damit sind die Hygiene der Geschlechtssphäre und die Wahrung der zwar bedeutenden, aber keineswegs unerschöpflichen Selbstreinigungskraft der Vagina zu wichtiger Aufgabe und Erziehung geworden" (182).

Ganz konkrete Anhaltspunkte für den Schutz des Feten bzw. Embryo einer eventuellen zukünftigen Schwangerschaft lassen sich aus dem Verbot der Kohabitation während der Menstruation und sieben Tage danach ableiten. So ist heute bekannt, daß während der Menstruation die natürlichen Schutzvorrichtungen des Körpers abgeschwächt sind (10). Bedenkt man, daß es in der abgeschwächten Endphase der Menstruation zu Kohabitationen kommen kann, so ergeben sich daraus folgende Probleme. Zum einen aszendieren die Erreger der Gonorrhoe mit Vorliebe während oder unmittelbar nach der Menstruation (10), und zum anderen ist die Möglichkeit der Keimaszension über Urethra - Blase - Harnleiter - zum Nierenbecken mit Ausbildung einer Pyelonephritis bei angegriffenem Blasenepithel oder gestörter Detrusorfunktion gerade in diesem Zeitraum stark erhöht (119). Die sich aus der Pyelonephritis ergebende erhöhte Gefahr einer Frühgeburt war bereits BREDIER 1902 bekannt (5) und wurde durch modernere Untersuchungen statistisch signifikant belegt. R.W. BEARD und A.P. ROBERTS gelangten dabei zu einer Frühgeburtenquote bei Bakteriurie von 13,5 % im Gegensatz zu 9,5 % bei einer Normalpopulation (18). Ausschlaggebend hierfür dürfte die wehenanregende Wirkung von E.coli und der Folsäuremangel sein (119). Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß

sich auch hieraus ein Vorteil für die Überlebenschance der jüdischen Neugeborenen und Säuglinge ergab.

Nebenbei sei an dieser Stelle auf einen eventuell negativen, aber keineswegs gefährlichen, Aspekt des Kohabitationsverbotes während des oben genannten Zeitraumes hingewiesen. So berichten unabhängig voneinander G.K. DÖRING und H. LEWIN von je einem Fall einer scheinbaren Sterilität bei einer Jüdin. In beiden Fällen war nach einer allmonatlich verlängerten Menstruationsdauer von acht bis zehn Tagen die Kohabitation entsprechend dem jüdischen Religionsgesetz weitere sieben Tage unterlassen worden, so daß jeweils der befruchtungsfähige Zeitraum überschritten war (39, 128). Es ist jedoch anzunehmen, daß es sich hierbei um Einzelfälle handelt, bei denen auf Grund ärztlichen Ratschlages in einem Großteil der Fälle das postmenstruelle Kohabitationsverbot verkürzt wurde.

Zusammenfassend ist in Hinblick auf eine eventuelle Schwangerschaft die gesetzlich vorgeschriebene weibliche Hygiene als positiv zu bewerten. Entspricht diese auch nicht den heutigen Maßstäben, so war sie für den Untersuchungszeitraum doch herausragend. Im Einzelnen ist durch ein Kohabitationsverbot während und sieben Tage nach der Menstruation die Gefahr der Keimaszension und damit sowohl der direkten Fruchtschädigung als auch einer Frühgeburt vermindert.

e) DAS GEBOT DER CIRCUMCISION

Im Rahmen dieser Arbeit ist es notwendig, einen eventuellen Einfluß des Eingriffs Circumcision auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit zu untersuchen.

Zur Circumcision lautet es im Kizzur Schulchan Aruch:

Kap. 163 V. 1,2,3: Es ist ein Gebot für den Vater seinen Sohn zu beschneiden oder aber von einem besonders ausgebildeten Mann, dem Mohel, beschneiden zu lassen. Dabei achte man darauf und frage auch die Hebamme, ob das Kind ganz gesund ist. Bei der Befürchtung einer Krankheit beschneide man nicht, denn Lebensgefahr verdrängt alles.

Kap. 163 V. 5: "Wenn zwei Söhne einer Frau durch die Beschneidung gestorben sind, so daß es scheint, daß die Beschneidung ihre Kraft geschwächt hat, beschneide man den dritten nicht, bevor er groß und seine Kraft sich gestärkt hat; ebenso wenn ein Kind einer Frau durch die Beschneidung gestorben ist und ihrer Schwester dasselbe widerfahren ist, dann sollten auch die übrigen Schwestern ihre Kinder nicht beschneiden, bevor sie groß und stark geworden sind" (68).

Fehlt auch an diesen Stellen eine genaue Vorschrift über den Tag, an dem die Beschneidung vorzunehmen ist, so ist dieser Termin schon der Überschrift des entsprechenden Kapitels im Schulchan Aruch von J. CARO (Buch Joreh Dea Kap. 260) zu entnehmen:

"Abhandlung über die Beschneidung der 8 Tage alten Knaben" (134).

Von medizinischer Warte aus ist wohl die oben zitierte Stelle Kap. 163 V. 5 am interessantesten. Dabei erscheint es äußerst bemerkenswert, daß diese Feststellung, die unseren heutigen Erkenntnissen zur x-chromosomalen Vererbung der Hämophilie voll entspricht, auf den ältesten Teil des Talmuds, auf die Mischna, zurückzuführen ist, also bereits 200 n.Chr. niedergelegt wurde (187). Die erste beschriebene klinische Beobachtung einer solchen oder ähnlichen Erkrankung stammt aus dem Jahre 1784 (101), die ersten genauen Berichte von J.C. OTTO aus dem Jahre 1813 (187). Aber auch für den Zeitraum dieser Untersuchung

ist diese Stelle von Bedeutung. Das Gebot der Beschneidung wurde von der gesamten jüdischen Bevölkerung auf das Strengste befolgt (17, 22, 206) und zwar so sehr, daß die Juden die Beschneidung, Brith Mila genannt, selbst in Zeiten religiöser Verfolgung trotz drohender Lebensgefahr ausführten (66). Dies wird leicht verständlich, wenn man bedenkt, daß nach jüdischer Religionsauffassung durch den Eintritt in diesen Bund, den G'tt mit Abraham geschlossen hat, die eigentliche Aufnahme in das Judentum für den neugeborenen Knaben erfolgt (164). Durch die große Bedeutung, die diesem Ritual zukommt, bestand nun aber die Gefahr einer Schädigung des Kindes. Für den Fall einer erkannten Hämophilie ist und war aber die Beschneidung im Kindesalter ausdrücklich verboten und wurde, dies sei kurz angemerkt, im Erwachsenenalter nur dann nachgeholt, wenn daraus keine Gefahr für den Betroffenen erwuchs (207).

Betrachtet man die Durchführung der Circumcision, so wird diese in einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen aus der Zeit um die Jahrhundertwende genau beschrieben. Zunächst wird großer Wert auf die Reinigung aller Instrumente und der Hände des Mohels mit kochendem bzw. heißem Wasser gelegt. Für das Händewaschen empfiehlt G. LÖFFLER ein fünfminütiges Bürsten und anschließendes Einreiben mit Alkohol sowie Eintauchen der Hände in Lysollösung. Auch der Säugling sollte vor und nach der Beschneidung in warmem Wasser gewaschen und der Penis vor der Beschneidung abgeseift werden (13, 132). Somit war eine der Zeit gemäße Sterilität gesichert. Bei der Beschneidung selber wird dann zunächst das äußere Vorhautblatt abgetragen und danach das innere Vorhautblatt zwecks Freilegung der Glans durchtrennt (132, 173). In einem dritten Teil der Beschneidung, der sogenannten Mezizah, erfolgt die Aussaugung. Dies geschah früher und teilweise auch noch um 1900 in Osteuropa durch ein direktes Aussaugen der Wunde im Mund (132). Klingt dies im ersten Moment auch befremdend, so sei daran erinnert, daß es auch heute noch eine vielgeübte Sitte ist, im Falle einer frischen

Schnittwunde des Fingers diesen in den Mund zu nehmen und so die desinfizierende Wirkung des Speichels auszunutzen (180). Sicher ist aber, daß durch diese Methode verschiedene Krankheitserreger vom Mohel auf das Kind übertragen werden konnten, z.B. Syphilis- und Tuberkuloseerreger (132), aber auch Streptokoccen. Deshalb war es in Deutschland und manchen anderen Ländern üblich, ein Glasrohr über den Penis zu stülpen, welches im unteren Teil ein Stück Verbandwatte enthält, am oberen Ende ein Mundstück trägt und dann über das Mundstück kurz zu saugen (173), oder aber ein Stück Verbandwatte direkt auf die Wunde zu legen, so daß die Watte von allein absaugte (101, 132, 239).

Eine weitere, aus medizinischer Sicht sicherlich nicht begrüßenswerte, Erscheinung war der oftmals geäußerte Wunsch der Eltern, daß der Mohel kein Arzt sein solle (22). Klingt dies zwar zunächst befremdend, insbesondere unter Berücksichtigung der später auszuführenden großen Sorge um die Kinder in jüdischen Familien, so werden dafür von zeitgenössischen Autoren zwei Hauptgründe genannt. Zum einen waren die Eltern der Meinung, ein Arzt nehme die Circumcision nur als medizinische Handlung vor und würde dabei den liturgischen Hintergrund völlig vergessen, zum anderen waren sie der Ansicht, daß ein frommer Jude, der seine Aufgabe als Mohel als Ehre und zugleich Verpflichtung ansieht, in dieser Tätigkeit eine größere Erfahrung mitbringt (22, 239). Gerade der letztgenannte Punkt ist nicht von der Hand zu weisen, wenn überliefert ist, in welch großer Anzahl die Mohelim Beschneidungen vornahmen.

Aber auch bei einer noch so großen Erfahrung war es sicherlich nicht vermeidbar, daß es zu Komplikationen kam. Denkbar wären hier Todesfälle durch Blutungen bzw. Nachblutungen, Sepsis und auch Tetanie (29).

An dieser Stelle soll kurz auf medizinische Auswirkungen der Circumcision im weiteren Verlauf des Lebens eingegangen werden. So war man um 1900 der Ansicht hauptsächlich einen Schutz vor Geschlechtskrankheiten, insbe-

sondere der Lues, zu bewirken (94, 132, 240). Man begründete dies in der leichteren Verletzbarkeit der Vorhaut im Verhältnis zur Glans (88, 202). In modernen Veröffentlichungen ist bisher von einer Verbindung zwischen Circumcision und venerischen Erkrankungen nichts erwähnt (35). Dagegen wird hervorgehoben, daß kein Fall eines Penis-Carcinoms bei Juden beschrieben und dies auf die sehr früh erfolgte Beschneidung zurückzuführen ist (29). Dennoch, und gerade unter Abwägung des Risikos auch eines solch relativ kleinen Eingriffs, gelangten H. BÜLOW, F.H. SCHRÖDER und H.FROHMÜLLER zu der Ansicht, keine generelle Circumcision, wie noch in den meisten Neugeborenenstationen der USA praktiziert (29), empfehlen zu dürfen, sondern nur in Fällen vorliegender Phimose, Balanitis oder Balano-Posthitis. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß eine Phimose bei 90 % der Neugeborenen vorkommt, während das im dritten Lebensjahr nur noch bei 10 % der Kinder der Fall ist. Diese sollten dann allerdings alsbald circumcidiert werden (29,). Für die übrigen wird, unter der Voraussetzung ordentlicher Hygiene und Sauberkeit, die Durchführung der Circumcision als Prophylaxe von medizinischer Seite aus nicht empfohlen (4, 29, 35, 69, 237).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung meines Themas kann man sagen, daß es, wie bei jedem Eingriff, auch bei der Circumcision im Säuglingsalter extrem selten zu Komplikationen und evtl. auch zu Todesfällen kommen kann, wobei die Komplikationsrate durch die Voraussetzung eines gesunden Säuglings und der frühen Kenntnis der Hämophilie relativ gering war. Dabei ist anzunehmen, daß die Anzahl dieser Todesfälle in Osteuropa größer war - zum einen durch eine nicht so gute Hygiene wie im Westen, zum anderen durch die altertümliche Methode des Aussaugens der Wunde mit der Gefahr der Übertragung von Syphilis und Tuberkulose. Für den Verlauf des ersten Lebensjahres bot die Circumcision sicher keine Vorteile, sondern hatte im Bild der Statistik einen geringen negativen Einfluß auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit.

f) DAS GEBOT DES STILLENS

Zur Frage der Ernährung eines Neugeborenen oder Kleinkindes erwähnt der Kizzur Schulchan Aruch das Stillen nur im Zusammenhang mit der Frage, von wem ein Kind gestillt werden darf. Von einer anderen Art der Säuglingsernährung ist jedoch an keiner anderen Stelle die Rede. Es lautet im

Kap. 163 V. 5: **Ein jüdisches Kind darf von einer Nichtjüdin gesäugt werden, wenn es durch eine Jüdin nicht möglich ist (68).**

Doch gerade durch das Nichtvorhandensein grundlegender Stellen zum Stillen im Kizzur Schulchan Aruch und auch im Schulchan Aruch von J. CARO, unter Berücksichtigung der noch zu erwähnenden großen Sorge um das Kind, läßt sich ein erster Schluß ziehen: Das Stillen muß seit altersher im Judentum sehr verbreitet gewesen sein. Betrachtet man, um diese Aussage festigen zu können, den Babylonischen Talmud, so wird dort im Traktat Kethuboth V ausdrücklich die Pflicht der Frau erwähnt, das Kind zu säugen. Eine Ausnahme besteht nur, wenn die Frau (in frühesten Zeiten!) zwei Sklavinnen (Ammen) mit in die Ehe brachte, die ihr dieses abnehmen konnten. Für die Stillende ist an dieser Stelle fernerhin die Bedeutung der Verminderung der Arbeit und der Notwendigkeit von ausreichender Nahrung erwähnt. Selbst das Gelübde einer Frau, ihr Kind nicht zu stillen, galt als nicht gesprochen und mußte gebrochen werden (75); es handelt sich hier um eine Ausnahme, die sonst an keiner Stelle im Talmud erscheint. Nachdem im Talmud das Stillen genau festgelegt ist, erwähnt die "Encyclopaedia Judaica" ausdrücklich, daß von künstlicher Ernährung eines Neugeborenen an keiner Stelle die Rede ist und schließt daraus auf die oben bereits angedeutete Selbstverständlichkeit des Stillens, auch schon in frühester Zeit (52). Wie gezeigt, mußte das Kind entweder von der Mutter oder, falls möglich, von einer Amme gestillt werden. Dabei galt eine Amme als für zwei Jahre engagiert. Sie durfte neben ihrem Stillgeschäft keine

andere Arbeit übernehmen, auch kein weiteres Kind säugen (173). Bereits durch die Bemerkung, daß eine Amme für zwei Jahre engagiert sein soll, ist ein Hinweis auf die im Altertum bei der jüdischen Bevölkerung übliche relativ lange Stillzeit gegeben. Nach dem Talmud (Traktat Kethuboth V) werden Stillzeiten von 18 Monaten bis zu, in Extremfällen, fünf Jahren erwähnt. Jedoch scheint es gemäß den vorhandenen Quellen so gewesen zu sein, daß die übliche Stillzeit 18 - 24 Monate betrug (117). Hierbei sei angemerkt, daß nirgends darüber berichtet wird, ob das Kind die ganze Zeit von der Muttermilch ausschließlich ernährt wurde, was höchst unglaublich erscheint, oder ob eine Beifütterung erfolgte. Auf jeden Fall sollte sichergestellt sein, daß das Kind für ungefähr zwei Jahre mit Brustmilch ernährt wird. Deshalb war für die Zeit des Stillens, und nur dann, ausdrücklich eine Konzeptionsverhütung mit den damals bekannten Mitteln erlaubt, wie im Talmud - Traktat Tosefta Nidda II,6 - erwähnt ist (241). Auch im Falle einer Ehescheidung, die vom jüdischen Religionsgesetz aus möglich ist, waren die Rabbiner sehr darauf bedacht, eine Versorgung von Kleinkindern bis zu zwei Jahren mit Mutter- oder Ammenmilch sicherzustellen (47). Diesen Zweck verfolgen die folgenden Vorschriften aus dem Kizzur Schulchan Aruch, für den Fall der Wiederverheiratung nach vorangehendem Tode eines der Ehepartner:

Kap. 145 V. 14: "Eine werdende oder eine nährende Mutter darf erst dann einen anderen Mann heiraten, wenn das Kind vierundzwanzig Monate alt ist" (68).

Damit war sichergestellt, daß eine Mutter nicht, in der Hoffnung auf eine neue Ehe, ihr Kind vernachlässigt bzw. ein neuer Ehemann, eventuell im Gedanken an eigene Kinder, die Frau vom Stillen ihres Kindes aus der vorigen Ehe abbringt. Ganz anders sind die Vorschriften für den Fall des Todes einer Ehefrau und Mutter:

Kap. 213 V. 2.: Ein Witwer darf erst nach drei Wanderfesten eine andere Frau heiraten. Wer kleine Kinder hat, braucht nicht drei Wanderfeste zu warten (68).

Im jüdischen Jahr gibt es drei Wanderfeste, je eines im Frühjahr, Sommer und Herbst.

Soweit die Religionsvorschriften, die auch heute noch ihre Gültigkeit besitzen. Wie sich die Stillgewohnheiten der jüdischen Bevölkerung zu Ende des 19. Jahrhunderts in Europa darstellten, soll im weiteren aufgezeigt werden.

S.SCHERBEL erwähnt, auf die Zeit des Ghettos bezogen, ausdrücklich die hohe Quote jüdischer, stillender Mütter (196). Für die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts bemerkt J. BARTA, daß es in jüdischen Kreisen Osteuropas für eine Mutter eine Selbstverständlichkeit war, ihr Kind zu stillen.

So mag man es verstehen, wenn berichtet wird, daß die Kinder oft bis zum dritten Lebensjahr gestillt wurden (17). Auch sei der Artikel aus der Schweizer Hebammenzeitung 1903 erwähnt, in dem ein Londoner Arzt auf die außerordentlich hohe Stillfrequenz jüdischer Mütter osteuropäischer Abstammung hinweist. Als gewöhnliche Stillzeit gibt er 18 - 24 Monate an (94). Mit dieser sehr langen Stillzeit stand die jüdische Bevölkerung allerdings nicht alleine. So sind aus insgesamt 31 Kulturen derartig lange Stillzeiten überliefert (87). Jedoch muß aus physiologischen Gründen angenommen werden, daß ab dem 6. - 9. Monat Beifütterung erfolgte, auch wenn dies nicht ausdrücklich hervorgehoben wird. Um von vornherein dem Einwand zu begegnen, daß die hohe Stillfrequenz nur für Juden Osteuropas zutrifft, sei B. BANETH angeführt:

> "... Eine echte jüdische Mutter aber wird es sich nicht nehmen lassen, ihr Kind selbst zu nähren, wenn es nur angeht, und dadurch nicht nur seine Lebensfähigkeit erhöhen sondern auch viel inniger mit ihm verwachsen, beides wichtige Gründe für die geringere Kindersterblichkeit (16).

reits erkannt, so oblag es der medizinischen Forschung der letzten Jahre, die wissenschaftliche Erklärung dafür zu geben.

Die heute bekannte Grundtatsache ist, daß Muttermilch alle lebenswichtigen Bestandteile enthält und somit eine ausgezeichnete Nahrung für den Säugling darstellt. Insbesondere enthält die Muttermilch lediglich arteigene Proteine, viel ungesättigte Fettsäuren, Carbohydrate, Mineralsalze und Vitamine (43). Neben diesen für das primäre Überleben notwendigen Bestandteile enthält sie noch weitere dem Schutz des Säuglings dienende Komponenten. Zunächst wären die Immunglobuline zu erwähnen. Neben Ig G, Ig M, Ig D enthält die Muttermilch als Hauptkomponente Ig A. Als Besonderheit sei angemerkt, daß dieses Ig A in seiner biochemischen Zusammensetzung nicht mit dem Ig A des Blutserums identisch ist, sondern in den Plasmazellen der Drüse synthetisiert wird (86, 140). Über die Funktion des Ig A ist heute soviel bekannt, daß es besonders auf E. coli, einen gramnegativen Erreger, sowohl einen bakteriziden, als auch einen bakteriostatischen Effekt ausübt (86). Der große Vorteil von Muttermilch gegenüber tierischer Milch liegt in der größeren Quantität des Ig A und somit einem besseren Schutz vor Infektionen (140). Des weiteren enthält die Muttermilch, im Gegensatz zur Tiermilch, Neuraminsäure, die zu einer unspezifischen Bakterienhemmung führt (218), sowie ein Corticostereoidbindendes Globulin (CBG), welches wahrscheinlich vom CBG des Plasmas stammt (160).

Als weiteren Bestandteil enthält die Muttermilch viele Leukozyten (2000 - 4000/mm^3). Viele davon sind Makrophagen mit der Fähigkeit C_3, C_4, Lysozym und Laktoferrin zu synthetisieren (86). Dabei liegt die Konzentration des Lysozyms im Rahmen von 40 - 100 mg/l, sie ist jedoch großen Schwankungen unterworfen (163). Über seine Funktion ist soviel bekannt, daß es zu einer Schwächung bzw. Lysis der Zellwandstruktur führt (194). Laktoferrin wirkt in eisenungesättigte Form bakteriostatisch auf E. coli (30). Erst vor kurzer Zeit wurde die Fähig-

keit von, in der Muttermilch enthaltenen, Lymphozyten gefunden, bei viraler Stimulation, Interferon zu bilden (86, 235).

Weitere Untersuchungen fanden in der Muttermilch Antikörper u.a. gegen Polio-, ECHO-, Coxsackie- und Influenzaviren, aber auch gegen Tetanus-, Haemophilusbakterien, Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken, Escherichia coli, Salmonellen und Shigellabakterien (85, 86). Somit verhindert die Muttermilch die Ansiedlung einer normalen physiologischen Darmflora nicht, während pathogene Keime, sowohl grampositive, als insbesondere gramnegative in der Ansiedlung, aber auch im Wachstum gehemmt werden (76, 85). In wieweit dabei der vielzitierte Bifidusfaktor eine Rolle spielt, ist noch nicht endgültig geklärt. Sicher ist, daß es durch Frauenmilch zur vermehrten Ansiedlung von Bifidusbakterien im kindlichen Darm kommt, denen ein Schutz gegenüber Infektionen mit gramnegativen Erregern zugesprochen wird (139, 166). Doch nicht nur die Ansiedlung pathogener Keime wird verhindert und eine Stärkung der Immunabwehr erreicht. Wie bereits oben erwähnt ist die Muttermilch eine Nahrung, die alle lebenswichtigen Bestandteile enthält. Sie ist dabei so ausgeglichen, daß sie auch vor Unter- und Überernährung schützt (98, 181). Somit bietet die Muttermilch einen doppelten Schutz vor Infektionskrankheiten. Neben den in ihr direkt enthaltenen Immunglobulinen und Antikörpern schützt sie auch vor Unterernährung und schaltet so einen wesentlichen Risikofaktor für das Entstehen von Infektionskrankheiten, gerade auch der TBC, aus (235).

Zur Frage des Verhältnisses von Muttermilch zu Ammenmilch wird in einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1976 der Vorteil der Muttermilch darin gesehen, daß sie kein fremdes Protein enthält und somit besser verdaulich sei. Obwohl die Milchzusammensetzung von Frau zu Frau variiert, wird auch hier für den Fall, daß die Mutter nicht stillen kann, Ammenmilch empfohlen (161). Die Eröffnung und Pflege von Frauenmilchsammelstellen erscheint somit auch heute dringend nötig und empfehlenswert.

Im Vergleich Frauenmilch und Kuhmilch enthalten beide Proteine, Fett, Kohlenhydrate und Mineralien. Doch verhalten sich diese nicht nur biochemisch,sondern auch ernährungs- und verdauungsphysiologisch völlig verschieden. In der Zusammensetzung überwiegen in der Kuhmilch die Baustoffe, Proteine und Mineralien, während in der Frauenmilch die Betriebsstoffe, Fette und Zucker den größeren Anteil darstellen.

Ist auch der Fettgehalt in beiden Milcharten nahezu gleich, so handelt es sich in der Frauenmilch um einen erheblich höheren Prozentsatz ungesättigter Fettsäuren wie Öl- und Linolsäure. Dabei wird u.a. der Linolsäure ein entscheidender Beitrag zur größeren Infektresistenz von Brustkindern zugesprochen.

Von verdauungsphysiologischer Bedeutung ist weiterhin der Gehalt der Frauenmilch an Lipase und Diastase. Lysozym, ein basisches Polypeptid mit bakteriolytischen Eigenschaften, ist in Frauenmilch enthalten, fehlt aber vollständig in Kuhmilch. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Faktor ist die fast vollständige Bakterienfreiheit der Brustmilch im Gegensatz zu, vor allen Dingen mangelhaft zubereiteter, Kuhmilch. So ist heute bekannt, daß durch rohe oder nicht ausreichend erhitzte Kuhmilch auch proteolytische Saprophyten wie Proteus, Pyocaneus u.a. die zu Durchfallserkrankungen führen können, übertragen werden. Außerdem ist Milch ein guter Träger für zahlreiche Keime, die so vom Tier oder Mensch in die Kuhmilch gelangen und beim Säugling zu Erkrankungen führen können. Erwähnt seien in diesem Zusammenhang Enteritis- und Mastitiserreger, Tuberkelbakterien, Typhus-, Paratyphus-,Ruhrbazillen, Streptokokken oder auch Diphtheriebazillen.

Doch nicht allein das Erhitzen der Milch überführt die rohe Kuhmilch in ideale Säuglingsnahrung. So muß bedacht werden, daß der wesentlich höhere Protein- und Mineralgehalt der Kuhmilch die Funktionen des Magen-Darm-Kanals, des Stoffwechsels und der Exkretionsorgane bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit bringt, so daß schon geringe zusätzliche Belastungen wie hohe Außentemperaturen, Fieber, Erbre-

chen, Durchfall etc. schnell zu einer Dekompensation führen können (40). Bedenkt man die im Untersuchungszeitraum noch mangelhaften Kenntnisse über die Unterschiede von Frauen- und Kuhmilch, so muß die Ernährung mit Kuhmilch in der damaligen Zeit geradezu als gefährlich angesehen werden.

Somit hat die moderne medizinische Wissenschaft, die bereits vor rund einhundert Jahren bekannten empirischen Grundtatsachen bestätigt und zum großen Teil verständlich gemacht. Allerdings ist die Stillfrequenz damals wie heute zu niedrig. Dabei sei betont, daß sich die soziale Gliederung im Verhältnis zu den Stillgewohnheiten entscheidend gewandelt hat. Waren es zum Ausgang des letzten Jahrhunderts die sozial höher Stehenden, die das Stillen "unter ihrer Würde" fanden, so ist es heute die soziale Oberschicht, die die höchste Stillfrequenz zeigt (71). Betrachtet man die Todesursachen der Säuglinge vor einhundert Jahren und heute, so sind es beide Male die Infektionskrankheiten, die das Hauptkontingent darstellen (165). Wie zu Beginn dieses Abschnittes gezeigt, waren es gerade die Stillgewohnheiten, die u.a. die jüdische von der nichtjüdischen Bevölkerung unterschieden. Ein Blick auf die Todesursachenstatistiken zeigte ein günstigeres Abschneiden gerade bei den Infektionskrankheiten (Diarrhoen, TBC, epidemische Krankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane). Zwischen den beiden letztgenannten Punkten eine direkte Verbindung herzustellen, erscheint nach all dem Gesagten einleuchtend.

g) KOSCHER NAHRUNG UND KONSUMHYGIENE

Zunächst muß auf die Frage nach der Bedeutung der koscheren Nahrung für das Säuglingsalter eingegangen werden. Wie bereits im vorigen Abschnitt erwähnt, wurden die jüdischen Säuglinge oft sehr lange, d.h. teilweise zwei Jahre lang, gestillt. Jedoch aus rein physiologischen Erwägungen erscheint es selbstverständlich, daß hierbei ab der zweiten

Hälfte des ersten Lebensjahres eine Beifütterung erfolgen mußte. Dabei war und ist es für eine orthodoxe, jüdische Mutter selbstverständlich, daß diese Beifütterung koscher ist.

Was ist unter koscherer Nahrung zu verstehen? Hierunter fallen alle die Nahrungsmittel, die den jüdischen Speisevorschriften entsprechen. Da es hierzu eine sehr große Anzahl genauer Vorschriften gibt, sind im folgenden nur die wichtigsten genannt.

Sehr einfach sind die Verhältnisse bei pflanzlichen Nahrungsmitteln. Diese sind generell erlaubt, so daß sich bei einer eventuellen Säuglingsnahrung mit Gemüsen oder Obst keine religiösen Probleme ergeben.

Ganz anders ist die Situation bei Fleischnahrung. Zunächst einmal muß bedacht werden, welche Tiere zum Genuß erlaubt oder verboten sind. Hierzu gelten im einzelnen die folgenden Vorschriften, die der deutschen Übersetzung des Schulchan Aruch von H.G.F. LÖWE entnommen sind. Im Band Joreh Deah, Abschnitt 79, heißt es:

> "Die Zeichen für reine (s.c. zum Essen erlaubte Säugetiere) sind bekanntlich: Widerkäuen und gespaltene Hufe" (134).

Diese Merkmale weisen u.a. Kuh, Ochse, Lamm und Hirsch auf, während Hase und Schwein diese beiden Merkmale zusammen nicht besitzen. Für die Auswahl des Geflügels gibt es folgende Vorschriften aus demselben Buch, Abschnitt 82:

> "Die Zeichen des reinen Geflügels stehen nicht im Gesetz (s.c. der Thora), sondern es sind nur die Sorten aufgezählt, welche als unrein bezeichnet sind: 3. Buch Moses, 11,13" (134).

An dieser bei LÖWE zitierten Stelle findet sich dann eine Aufzählung des verbotenen Geflügels, deren Identifizierung auch heute noch schwierig ist. Als ausdrücklich erlaubte Geflügelarten erwähnt J. PREUSS die folgenden: Gans, Huhn, Ente, Pute und Taube (173).

Auf die Vorschriften für Fische und Kriechtiere einzugehen erscheint hier ohne Interesse, da diese als Säuglingsnahrung keine Verwendung fanden.

Doch ist mit der alleinigen Beachtung der Tierart den jüdischen Speisegesetzen noch nicht Genüge getan.

Das für den Genuß erlaubte Tier muß "geschächtet" werden. Hierunter versteht man eine Schlachtart, bei der in einem Schnitt in Halshöhe Luft- und Speiseröhre und somit auch N.vagus, A. carotis communis und V. jugularis durchtrennt werden und es zum möglichst vollständigen Ausbluten des Tieres kommt. Durch die reflektorischen Zuckungen, bereits nach dem Eintritt des Todes, wird noch weiteres Blut ausgestoßen (106). Diese Schlachtung wird von einem besonders ausgebildeten Mann, dem Schochet, durchgeführt (78, 106). Doch mit dem "Schächten" allein ist die Tätigkeit des Schochets noch nicht beendet. Zum einen muß er vorher das Tier auf äußere Krankheitszeichen untersuchen (106), zum anderen muß er nach dem "Schächten" eine genaue Prüfung der Tierorgane auf Krankheitszeichen vornehmen (106).

Somit werden durch die Tätigkeit des Schochets folgende Punkte sichergestellt: Es werden nur erlaubte Tiere geschlachtet, die gesund sind und beim Schlachten so stark ausbluten, wie nur irgendwie möglich. Damit dabei die Beachtung des Verbots jeglichen Blutgenusses erfüllt werden kann, gibt es für die Hausfrau folgende Vorschriften im Kizzur Schulchan Aruch:

> Kap. 36 V. 1,7: Bevor man das Fleisch salzt, muß man es gut mit Wasser abwaschen. Danach muß man das Wasser abtropfen lassen, damit das Salz nicht durch das Wasser zergehe, denn dann würde es das Blut nicht herausziehen (68).

Wie streng das Verbot des Blutgenusses gehandhabt wird, mag man an folgender Vorschrift ersehen:

Kap. 46 V. 1: "Blut das in Eiern gefunden wird ist verboten und zuweilen ist das ganze Ei verboten" (68).

Neben den bisher erwähnten Ge- und Verboten sind noch die folgenden Vorschriften von großer praktischer Bedeutung. Sie regeln die klare Trennung zwischen Fleischspeisen und Milchprodukten aller Art, wie Käse, Butter, aber selbstverständlich auch Milch selber.

Kap. 46 V. 9: "Hat man Fleisch oder auch nur eine Fleischspeise gegessen, esse man keine Milchspeise bevor man sechs Stunden gewartet hat."

Kap. 46 V. 11: "Wenn man Käse gegessen hat, darf man gleich nachher in einer anderen Mahlzeit Fleisch essen" (68).

Somit ist der Genuß von Fleisch- und Milchspeisen in einer Mahlzeit auf jeden Fall verboten.

Diese erwähnten Speisevorschriften wurden ebenso wie heute in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in orthodoxen jüdischen Kreisen befolgt. Ergänzend zu den aufgeführten Vorschriften der Fleischbeschau erwähnt J. PREUSS auszugsweise die folgenden Kennzeichen, die ein Tier für den Genuß des Juden unmöglich machen:

> "Perforation der Speiseröhre, Abreißung der Luftröhre, Perforation der Hirnhaut, des Herzens bis in die Höhle hinein, Bruch der Wirbelsäule mit Abreißung des Markes, totales Fehlen der Leber, Perforation und Defekte der Lunge, Perforation der Gallenblase, des Magen-Darmsystems, soweit durch Kot oder Futtermassen in die Umgebung austreten können" (173).

Im folgenden soll nun die Frage nach eventuellen medizinischen Vorteilen der Speisevorschriften untersucht werden.

Da die diesbezüglichen Kenntnisse zu den Speisevorschriften um 1900 schon sehr nahe den heutigen Erkenntnissen kamen, erscheint es zweck-

mäßig, sie in einem gemeinsamen Teil zu besprechen.

Der Trennung in erlaubte und verbotene Tiere eine medizinisch-diätetische Bedeutung beizumessen, scheint nicht möglich (173). Bei einem Blick auf die verbotenen Tiere fällt dann allerdings das wohl bekannteste Beispiel, das Schwein, auf. Durch das Verbot dieses Tieres wurde sicherlich die Übertragung von Trichinosen und Blasenwürmern verhindert, so daß in diesem speziellen Fall ein Vorteil aus medizinischer Sicht angenommen werden kann. Dabei ist es jedoch zu bezweifeln, ob dies für das Säuglingsalter von Bedeutung war, da wohl auch nichtjüdische Säuglinge kein rohes Schweinefleisch erhielten. Jedoch auch wenn es nicht gelingt eine generelle medizinische Relevanz zu finden, so ist es doch interessant, daß eine Trennung in erlaubte und verbotene Tiere nicht nur in der jüdischen Religion besteht. Auch die Brahmanen, die Angehörigen der indischen Priesterkaste, dürfen nur Tiere essen, die gespaltene Klauen haben (65).

Ebenso wie bei der Trennung in erlaubte und verbotene Tiere erscheint es kaum möglich, aus der Trennung von Milch- und Fleischspeisen einen medizinischen Vorteil abzuleiten. Ein Nachteil für den Säugling wurde aber mit großer Wahrscheinlichkeit dadurch vermieden, daß zwischen einer Fleischmahlzeit, z.B. einer Fleischbrühe, und einer Saugmahlzeit keine sechs, bzw. nach oftmals in Deutschland gepflegtem Brauch, drei Stunden (78) gewartet werden mußten. Es ist dies zumindestens die Auslegung der Rabbiner unserer Zeit (188).

Erheblich leichter fällt die Frage nach den hygienischen Vorzügen des Verbots des Blutgenusses. Schon um 1900 war bekannt, daß sich Blut schneller zersetzt als Fleisch und so dieses ungenießbar machen kann (15). Folglich kann davon ausgegangen werden, daß entblutetes Fleisch sich erheblich länger hielt und somit Schäden durch den Genuß von verdorbenem Fleisch verhindert werden konnten (173, 179). Unterstützt wurde dies noch durch das erwähnte Salzen des Fleisches seitens der Hausfrau. Hierdurch kommt es neben einem Blutentzug auch zu einem

Wasserentzug des Fleisches und einer Abschwächung von Mikroben; Fäulniserreger, Kokken und wilde Hefen erfahren dadurch eine deutliche Hemmung (89, 201). Auch dies verlängerte sicherlich die Haltbarkeit des Fleisches.

Doch ihren größten Nutzen dürften die Speisegesetze in der schon seit altersher vorgeschriebenen Fleischbeschau haben. Wie bereits erwähnt, muß der Schochet sowohl vor dem Schlachten, als auch danach sich über die Gesundheit des Tieres Gewißheit verschaffen. In einem 1889 erschienenen Artikel von H.BEHREND weist dieser darauf hin, daß im Verlauf von 2 1/2 Jahren 40 % der Ochsen, 20 % der Kälber und 23 % der Schafe von jüdischen Schlächtern in London als nicht einwandfrei abgelehnt wurden. Ferner berichtet H. BEHREND von einer diesbezüglichen Äußerung von KLEIN, einem der größten Autoritäten für Ernährungsfragen in England zur damaligen Zeit. KLEIN wies daraufhin, daß die Fleischbeschau im Judentum ohne den Wissenstand der Medizin um 1890 besser sei, als die Fleischbeschau in England mit diesem Wissenstand (19). Bedenkt man zusätzlich noch, daß z.B. in Rußland in den weitaus meisten Fällen eine Fleischbeschau völlig unbekannt war, so mag man daraus ersehen, welchen Vorteil die jüdische Vorschrift der Fleischbeschau in sich barg (234). Somit war es durch die besprochenen Untersuchungsmethoden sicher möglich die an folgenden Krankheiten erkrankten Tiere vom menschlichen Genuß auszuschalten: Typhus, pyämische Prozesse, putride Entzündungen, Krebs und Faulfieber. Auch eine Reihe von Infektionskrankheiten konnten erkannt werden: Rotz, Aktinomykose, Tollwut, Milzbrand, Pocken, Pest, Maul- und Klauenseuche (15). Doch die in den meisten Fällen zur Beanstandung führende Krankheit dürfte die Tuberkulose gewesen sein (15). Bedenkt man dabei, daß die Übertragung der Tuberkulose nicht nur durch Inhalation sondern auch durch Ingestion erfolgen kann, so ist es sicher nicht abwegig, hierin auch einen Grund für die geringere jüdische Sterblichkeit an Tuberkulose zu vermuten (63).

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Speisegesetze dem jüdischen Säugling ab der Zeit der Beifütterung einen Schutz in doppelter Hinsicht bieten können. Zum einen wird durch die Fleischbeschau des Schochets die Übertragung einer ganzen Reihe von Krankheiten, u.a. der Tuberkulose, vom Tier auf den Menschen, hier dem Säugling, verhindert. Zum anderen bietet die Entblutung und Salzung des Fleisches einen Schutz vor Fleischverderbnis.

h) DIE GEBOTE ZUR ALLGEMEINEN PERSÖNLICHEN REINLICHKEIT

Neben den Vorschriften zur Ernährung gibt der Kizzur Schulchan Aruch auch für die persönliche Körperhygiene genaue Vorschriften. Insbesondere das Händewaschen wird ausführlich erwähnt:

Kap. 2 V. 1; Kap. 40, V. 1, 14: Jeden Morgen nach dem Aufstehen wasche sich der Mensch die Hände, ebenso vor jedem Essen.

Kap. 2 V. 9: Für folgende Dinge ist Händewaschen mit Wasser nötig: wer vom Lager aufsteht, wer aus dem Abort kommt, aus der Badeanstalt, wer sich die Nägel geschnitten, wer sich sein Haar geschnitten, wer sich die Schuhe ausgezogen, wer sich den Kopf gewaschen (gerieben) hat, wer seinen Körper an den bedeckten Stellen berührt hat, ... (68).

Aus diesen Zitaten wird deutlich, wie häufig der Jude seine Hände zu waschen hat, auch wenn der Ursprungsgedanke des Gebotes kein hygienischer ist. Ein Blick auf unsere moderne Hygiene des 20. Jahrhunderts zeigt bald, daß diese Vorschriften unserer heutigen Gepflogenheit in nichts nachstehen oder sie gar noch übertreffen. Mag für manchen die sehr frühe Erkenntnis des Händewaschens vor dem Essen verwundern,

so sei daran erinnert, daß es in früheren Jahrhunderten üblich war mit den Händen zu essen (19). Im übrigen kann angenommen werden, daß durch das Händewaschen Tuberkelbazillen, die aus dem Umweltschmutz stammten, vor dem Eindringen in den menschlichen Organismus abgefangen werden konnten (15). Gerade aus der vorher erwähnten Eßmethode mit Händen entstand auch der Brauch des Händewaschens nach Tisch, der zwar nirgends als Gesetz auftaucht, aber dennoch in der jüdischen Tradition verankert ist (173). Wie sehr die jüdische Bevölkerung die Gebote des Händewaschens erfüllte, mag man daran erkennen, daß viele orthodoxe Juden, sofern sie ihre Notdurft unmittelbar vor dem Essen versahen, dazwischen ihre Hände zweimal hintereinander wuschen - einmal nach der Notdurft und einmal vor dem Essen (234).

Doch neben den Vorschriften, wann die Hände zu waschen sind, gibt es auch solche, wie dies zu geschehen hat.

Kap. 40, V. 4,8: Man gieße über jede Hand zweimal reichlich Wasser. Doch achte man darauf, daß dieses Wasser nicht schon einmal benutzt ist oder unappetitlich geworden ist.

Kap. 2 V. 4: "Man soll seine Hände nur in eine Schüssel hinein (über einer Schüssel) waschen; und das Waschwasser darf man nicht weiter gebrauchen, weil ein böser Geist darauf ruht, sondern gieße es an einem Ort aus, über den keine Menschen gehen" (68).

Klingt gerade diese letzte Stelle auch nach Geisterglaube, so sei daran erinnert, daß es lange Zeit unverständlich war, wie ohne ersichtliche Übertragung Krankheiten von Mensch zu Mensch gelangen sollten. Anders, als daß ein "böser Geist" auf dem Wasser ruht, konnte man sich die noch nicht bekannte Tatsache der Übertragung durch Bakterien nicht vorstellen (234). Obwohl bei allen Vorschriften zum Händewaschen Kinder nicht ausdrücklich erwähnt werden, war es selbstverständlich, daß diese

es gleichfalls taten. Zum einen sahen ältere Kinder das Händewaschen, z.B. vor dem Essen, bei ihren Eltern und zum anderen waren diese sehr darauf bedacht, ihre Kinder, aber auch schon die Säuglinge, rein instinktiv von Anfang an den Geboten der Religion nahezubringen und dazu gehörte eben auch das Händewaschen (17).

Neben dem Händewaschen gibt es speziell für den Morgen noch eine weitere Vorschrift:

Kap. 2, V.3: Man wasche allmorgendlich sein Angesicht. Auch spüle man seinen Mund. Dann trockene man sich die Hände ab und achte auch darauf sein Gesicht gut trocken zu machen (68).

Außer diesen Vorschriften für die tägliche Körperhygiene gibt es noch weitere, das allgemeine Baden betreffende. Über die Vorschriften des Badens der Frau nach der Menstruation wurde bereits an anderer Stelle berichtet.

Kap. 5, V.3: "Wenn Unrat auf seinem Körper, selbst wenn dieser von seinen Kleidern bedeckt ist, sind ihm heilige Worte verboten, ..." (68).

Nachdem der Jude aber verpflichtet ist, dreimal am Tag ein Gebet zu sprechen, mußte er, der obigen Vorschrift entsprechend, sich möglichst schnell säubern. Die jüdische Frau aber ist vom Gebet befreit, da es ein zu einer bestimmten Tageszeit zu erfüllendes Gebot ist, das sie nicht erfüllen muß. Somit wäre die zitierte Reinheitsvorschrift für sie nicht bindend. In der Folge heißt es im

Kap. 32, V.24: "Die Anwendung des Bades besteht darin, daß der Mensch wöchentlich einmal ins Bad gehe ..." (68).

In dieser Formulierung gilt das Gebot für alle Juden - ob Mann oder Frau, ob Kind oder Erwachsener. Falls dann ein wöchentliches Bad nicht möglich sei, und nur dann, haben die Rabbiner entschieden, soll der Mensch doch auf jeden Fall Angesicht, Hände und Füße in warmem

Wasser waschen sowie Haaren, Bart und Nägeln die notwendige Pflege zukommen lassen (216).

Faßt man alle diese Vorschriften zur Körperhygiene zusammen, so erscheint es erstaunlich, wie nahe sie unseren Gepflogenheiten des 20. Jahrhunderts kommen. Doch auch in ihrem Einfluß auf das Wohlergehen des Säuglings sollten diese Gebote nicht unterschätzt werden. War somit eine für die damalige Zeit gute Hygiene der Eltern und Geschwister gegeben, so verringerte sich selbstverständlich die Gefahr der Übertragung einer ganzen Reihe von Krankheiten, insbesondere epidemischer Krankheiten und, wie bereits erwähnt, auch der Tuberkulose, auf den Säugling. Nachdem es fernerhin das Streben orthodoxer jüdischer Eltern war, auch schon ein Kleinstkind rein gefühlsmäßig und gewohnheitsbildend den Geboten der Religion nahezubringen, ist sicher anzunehmen, daß sie auch auf die Sauberkeit des Säuglings bedacht waren. Nebensächlich ist es dabei, ob die jüdische Bevölkerung diese Vorschriften in Würdigung ihres hygienischen Nebeneffektes oder "nur" in Erfüllung eines Religionsgebotes beachtete. Denn auch wenn sie es nur taten, um ein Gebot zu erfüllen, der hygienische Effekt war erfüllt. Daß dadurch eine Reihe von Krankheiten, insbesondere auch Kinderkrankheiten, in ihrer Übertragung behindert wurden, erscheint sicher. Somit dürfte damit gleichzeitig auch ein weiterer Hinweis zur Lösung der Frage nach der geringeren jüdischen Sterblichkeit im Kindes- und Säuglingsalter aufgezeigt sein.

i) DAS HOHE ANSEHEN DER GESUNDHEIT IM RAHMEN DER JÜDISCHEN RELIGION

Zunächst seien auch zu diesem Punkt die entsprechenden Stellen aus dem Kizzur Schulchan Aruch vorangestellt:

Kap. 32, V.1: Der Mensch muß sich von den Dingen fernhalten, die den Körper zerstören, und sich an die Dinge gewöhnen, die den Körper gesund machen und ihn kräftigen; so heißt es auch (Deut. 4,15): "Hütet euer Leben sehr!"

Kap. 32, V.14: Da die Menschen nicht gleich in ihrer Natur, soll jeder Mensch nach dem Rat der Ärzte die Speisen nehmen, die für seine Natur, seinen Ort und sein Alter gut sind (68).

Als kurze Zusammenfassung dieser beiden Stellen, kann man sagen, daß es die Pflicht eines jeden Juden ist, auf die Gesundheit zu achten und dabei die Ratschläge des Arztes zu befolgen. Verstärkt wird diese Anschauung noch durch Stellen, wie z.B. im Buch Sirach, wo ausdrücklich erwähnt ist, "den Arzt zu ehren und im Notfall zu gebrauchen". Welchen hohen Stellenwert die Gesundheit in der jüdischen Tradition besitzt, sei noch an einer Stelle aus dem Talmud belegt. Im Taktat b Sanh 17^{b} ist ausdrücklich festgehalten, daß ein Jude nur an einem solchen Ort seinen Wohnsitz aufschlagen darf, wo ein Arzt ansässig ist (58, 172).

Doch wie zeigte sich das Verhältnis des Juden zu seiner Gesundheit im täglichen Leben? In einem Satz läßt sich hierzu sagen, daß er um seine Gesundheit sehr besorgt war (72). Im Gegensatz zu anderen Teilen der Bevölkerung, die erst bei massiven Beschwerden und Krankheitszeichen den Arzt zuzogen, konsultierte ihn der Jude bereits bei ersten Anzeichen einer Erkrankung (27, 94, 220, 227). Dabei widmeten die jüdischen Eltern die Sorgfalt bei der Pflege und Erhaltung der Gesundheit in noch stärkerem Maße ihren Kindern. Gerade auf diesen speziellen Punkt hin

beobachteten sie ihre Kinder sehr genau und zögerten nie, auch nur bei einem Krankheitsverdacht, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (185, 207). Dazu wird von einer Reihe von Autoren ausdrücklich betont, daß es nicht beim Holen und Konsultieren des Arztes blieb, wie in moderner Zeit häufig geklagt wird, sondern daß die jüdische Bevölkerung auch allen vom Arzt empfohlenen Heil- und Vorbeugungsmitteln sehr aufgeschlossen gegenüberstand (64, 227). Dabei erwies sich die Aufgeschlossenheit der jüdischen Bevölkerung allen Belangen der Gesundheitsfürsorge gegenüber auch dann als sehr günstig, wenn es galt, neue Methoden der Medizin anzuwenden. Dies zeigte sich z.B. bei der Anwendung der aktiven Immunisierung gegen Pocken. Nach ihrer Entdeckung durch E. JENNER 1796 gab es in Osteuropa bereits während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts kaum noch einen Juden, der nicht geimpft war. Ganz im Gegenteil hierzu stand die nichtjüdische Bevölkerung, von der selbst noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur ein ganz kleiner Prozentsatz geimpft war (63). In ihrer Sorge sowohl um die Erhaltung, als auch um eine eventuelle Wiedererlangung ihrer Gesundheit waren den Juden dabei keine Opfer zu groß. Dies bezieht sich sowohl auf die pflegerische Hilfe, wie bereits an Hand der Pflege des Kindes gezeigt wurde, als auch auf jede erdenklichen materiellen Opfer. Sogar auf die Gefahr hin, sich hoch zu verschulden, wurde alles versucht, um auch die schwächsten und hoffnungslosesten Fälle, seien es Neugeborene, Kinder, Erwachsene oder alte Menschen am Leben zu erhalten (125). E. von LEYDEN drückte die große Besorgnis der Juden um die Gesundheit so aus:

> "Trotz ihrer Dürftigkeit begnügen sie sich keineswegs mit dem Rat einer der vielen Ärzte, die in der Stadt praktizieren, nein, es mußten Professoren sein, die sie konsultierten" (155).

So verwundert es nicht zu lesen, daß gerade der Schutz des Lebens das Prinzip war und ist, auf welches die Juden ganz besonders streng achteten (61).

Außerdem, und dies ergänzt sich eigentlich, wurde bereits die große Liebe zu den Kindern erläutert. Doch in zwei Punkten kollidierten diese beiden Wesensmerkmale. Schlug der Arzt vor, das Kind in Spitalpflege zu geben, so gelang ihm dies, trotz der Aufgeschlossenheit der Eltern allen medizinischen Belangen gegenüber, in den meisten Fällen nicht, den Eltern plausibel zu machen. Lieber pflegten sie ihr Kind bei Tag und Nacht zu Hause, aber ein Kind in dem Moment, wo es ihrer Ansicht nach den Vater und besonders die Mutter am dringendsten benötigt, in fremde Pflege zu geben, das kam einer Katastrophe gleich. Daß diese sicherlich gut gemeinte, aber in zahlreichen Fällen falsch verstandene Liebe zum Kind, manchen Kindern geschadet haben mag, kann nicht ausgeschlossen werden (186). Noch in einem weiteren Moment gelang es einer noch so guten Gesundheitsaufklärung nicht, einen althergebrachten Liebesbeweis dem Kind gegenüber einzuschränken. So war es besonders in osteuropäischen Gebieten üblich, die Kinder oft zu küssen. Auch die Erkenntnis, daß dadurch Krankheitskeime übertragen werden können, besaß nicht Kraft genug, gegen die hier übermäßige Liebe zum Kind anzukämpfen. Besonders muß angenommen werden, daß es hierdurch öfters zur Übertragung von Diphtherieerregern kam (186).

Doch auch unter Berücksichtigung der letzten beiden erwähnten Tatsachen kann angenommen werden, daß der jüdische Säugling in einer stärker gesundheitsbedachten Umgebung aufwuchs als der nichtjüdische. Wurde auch einmal einem Kind durch übermäßige Liebesbeweise geschadet, so wurde ebenso sicher einer größeren Anzahl von Kindern durch das rechtzeitige Zuziehen eines Arztes, durch frühes Impfen und durch Befolgung der ärztlichen Ratschläge geholfen. Eine geringere Sterblichkeit jüdischer Kinder an Tuberkulose, Erkrankungen der Atmungsorgane und epidemischen Erkrankungen wird hiervon mit beeinflußt gewesen sein (27, 141).

In der Festschrift zur Eröffnung des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit aus dem Jahre 1909 heißt es

noch:

> "Unzählige Kinder sterben durch Unwissenheit ihrer Mütter und Pflegerinnen; durch verhängnisvolle Heilungsversuche unter Umgehung der Ärzte" (38).

Daß jüdische Kinder hiervon weniger betroffen waren ist anzunehmen.

k) DER VORRANG DER GESUNDHEITSBELANGE VOR DEN GEBOTEN DER RELIGION

Im vorigen Abschnitt wurde gezeigt, in welch hohem Ansehen die Gesundheit bei der jüdischen Bevölkerung stand. Wie es sich verhielt, wenn Erfordernisse für die Gesundheit mit bestehenden Religionsvorschriften kollidierten, soll der Untersuchungsgegenstand dieses Abschnittes sein.

Zu diesem Punkt gilt als Grundlage ein Satz aus dem dritten Buch Moses Kap. 18 Vers 5:

> "Beobachtet meine Gesetze und meine Rechtsvorschriften; wer sie übt, wird durch sie leben" (164).

Dazu gibt der Talmud im Traktat Joma 75b folgende ausdrückliche Erläuterung:

> "..., daß er mit ihnen lebe, aber nicht durch sie sterbe" (196).

Auf dieser Grundlage enthält der Kizzur Schulchan Aruch eine Reihe von Vorschriften, von denen die wichtigsten im folgenden mit jeweils zum Verständnis notwendigen Erläuterungen aufgeführt sind.

Am Schabbath ist dem orthodoxen Juden jede Arbeit verboten. Darunter fällt auch heute noch das Anzünden eines Lichtes (dies stellte in frühester Zeit eine schwere Arbeit dar), in logischer Konsequenz das Kochen, aber

auch die Verabreichung eines Heilmittels, da dieses früher erst unter Arbeitsaufwand hergestellt werden mußte. Ebenso ist im Grundgedanken die Arbeit eines Arztes bzw. einer Hebamme als Arbeit im eigentlichen Sinne des Wortes verboten. Auch ist es verboten, eine solche Arbeit bewußt durch einen Nichtjuden verrichten zu lassen. Andererseits ist es jedoch erlaubt, eine Flamme, die man vor Eintritt des Schabbath angezündet hat, brennen zu lassen und darauf Speisen und Getränke warm zu halten.

Für den Fall einer Erkrankung schreibt der Kizzur Schulchan Aruch folgendes für den Schabbath vor:

Kap. 91 V.1: "Wenn jemand ein leichtes Unwohlsein hat, aber dabei stark ist und wie ein Gesunder umhergeht, darf man für ihn kein Heilmittel verwenden, ..."

Kap. 91 V.6: "Wenn jemand in den Eingeweiden Schmerzen hat, darf er einen Becher, aus dem man das heiße Wasser ausgeleert hat, darauf legen, obschon noch Hitze darin ist; ebenso darf man Kleider erwärmen und sie darauflegen" (68).

Kap. 91 V. 16: "Wenn ein Kranker infolge seiner Krankheit zu Bett liegt, wenn auch keine Gefahr vorhanden, oder er ein schmerzhaftes Leiden hat, wodurch sein ganzer Körper krank ist; denn dann ist es so, als ob er zu Bett liege, wenn er auch umhergeht darf man einen Nichtjuden heißen, für ihn ein Heilmittel herzustellen und für ihn zu kochen;..."

Kap. 91 V.17: Er darf auch Heilmittel essen oder trinken und ebenso sonst etwas zu seiner Heilung tun. Sobald aber auch nur ein Gebot der Weisen damit verbunden ist, darf man es nur durch einen Nichtjuden machen lassen; und wenn kein Nichtjude da ist, kann man es auch durch einen Israeliten, indem man die Sache nicht wie gewöhnlich ausführt, erlauben (68).

Im folgenden sind die Vorschriften für den Fall einer Geburt am Schabbath erwähnt. Als Erläuterung sei angemerkt, daß der Jude am Schabbath nur einen Kilometer außerhalb der Ortschaft, in der er sich befindet, gehen darf.

Kap. 93 V. 1: Sofort wenn eine Frau anfängt, die Vorzeichen einer Geburt zu fühlen, selbst, wenn sie im Zweifel ist, rufe man für sie eine Hebamme, selbst von einem entfernten Ort,

Kap. 93 V.2: "Eine Gebärende ist wie ein gefährlich Kranker und man entweiht für sie den Schabbath für alles, was sie braucht ...."

Kap. 93 V. 3: "Während der ganzen ersten drei Tage (nach der Niederkunft), selbst wenn sie sagt, daß sie es nicht nötig hat, entweiht man für sie den Schabbath; nachher, wenn sie außer dem Schmerz von der Geburt sonst keine andere Krankheit hat, bis zu sieben Tagen, wenn sie sagt, daß sie es nötig hat ..."

Kap. 93 V.5: Für das neugeborene Kind darf man alles tun, was nötig ist (68).

Wie bereits erwähnt, fällt auch die ärztliche Tätigkeit unter das Arbeitsverbot am Schabbath. Zum Thema Impfen schreibt der Kizzur Schulchan Aruch:

Kap. 91 V.18: Wenn ein nichtjüdischer Arzt die Kinder impft und der Israelit bei ihm erreichen kann, es nach Sabbat zu machen, tue er so; und wenn nicht, dann halte ein Nichtjude das Kind (68).

Da auch das Löschen eines eventuell entstandenen Feuers Arbeit ist, heißt es, auf den Schabbath bezogen:

Kap. 85 V.8: "Wenn Lebensgefahr zu befürchten ist, darf man den Brand löschen. Aber es ist verboten, den Sabbat zu entweihen um lediglich Vermögen zu retten" (68).

Am Pessachfest, dem Fest zur Erinnerung des Auszuges der Kinder Israel aus Ägypten, soll nach jüdischer Religionsvorschrift acht Tage nur Ungesäuertes gegessen werden. Dies bezieht sich auch auf das Kind; eine Ausnahme erwähnt der Kizzur Schulchan Aruch im

Kap. 117 V. 12: Wenn jemand einem Kind Gesäuertes zu essen geben lassen muß, trage er es zum Nichtjuden. Wenn sich das Kind aber in Gefahr befindet, ist selbstverständlich alles erlaubt (68).

Am höchsten jüdischen Feiertag, dem Versöhnungstag, Jom Hakippurim, einem Fasttag, ist es für 24 Stunden verboten, auch nur einen Biß zu sich zu nehmen oder auch nur einen Schluck Wasser zu trinken. Genau dasselbe gilt für weitere vier Fasttage im Laufe des Jahres. Da der Versöhnungstag der höchste jüdische Feiertag ist, seien die dafür geltenden Vorschriften erwähnt. Diese gelten auch für die übrigen vier Fasttage oder sind eventuell von vorneherein erleichtert.

Kap. 133 V. 19: Ein Kind unter neun Jahren läßt man nicht fasten, auch wenn es selber will. Wenn es aber neun volle Jahr alt und gesund ist, gewöhne man es langsam daran, indem man ihm das Essen etwas später als sonst gibt (68).

Kap. 133 V.12: Werdende und nährende Mütter fasten wie jeder andere Mensch. Eine nährende Mutter, deren Kind krank und in Gefahr ist und nur von ihr trinken will, wenn sie aber fastet, wäre es eine Gefahr für das Kind, faste nicht (68).

Kap. 133 V.13: Wenn eine werdende Mutter den Duft einer Speise wahrnimmt und danach gelüstet, sagt man ihr leise ins Ohr, daß Jom Hakippurim sei. Wenn sie sich aber nicht

beruhigt, gibt man ihr zunächst wenig. Genügt ihr dies nicht, gibt man ihr soviel sie braucht (68).

Kap. 133 V. 14: Für eine Wöchnerin - und ebenso für einen Kranken, bei dem Gefahr vorhanden,ist bezüglich des Essens und Trinkens und der Entweihung des Jom Hakippurim dieselbe Vorschrift wie für die Entweihung des Sabbats. Nur was Essen und Trinken anbelangt, selbst wenn alle Ärzte sagen, er könne fasten, er selber aber sagt, er müsse essen, gebe man ihm zu essen (68).

Den hier aufgeführten Grundgedanken auch eine Schwangere fasten zu lassen, erklärt J. PREUSS damit, daß die Schwangerschaft in jüdisch-medizinischer Auffassung als physiologischer Vorgang angesehen wird. Erst wenn sich dann die "Gelüste" einstellen, können Erleichterungen gewährt werden (173).

Bereits ausführlich dargelegt wurde das jüdische Religionsgesetz, bei jedem neugeborenen Jungen am achten Tag nach der Geburt die Circumcision vorzunehmen. Als Ausnahme gilt nach dem Kizzur Schulchan Aruch:

Kap. 163 V.4: "Man muß sich ganz besonders in Acht nehmen, daß man nicht ein Kind beschneide, bei dem die Befürchtung einer Krankheit besteht; denn Lebensgefahr verdrängt alles" (68).

Für den Fall der Lebensgefahr gilt ausdrücklich das Folgende:

Kap. 192 V.7: "Ein Kranker, bei dem Lebensgefahr besteht, heilt sich mit jeder verbotenen Sache, da vor der Erhaltung des Lebens kein Verbot bestehen bleibt, außer Götzendienst, Unsittlichkeit und Blutvergießen ...." (68).

Als Erklärung hierzu sei angemerkt: Unter Blutvergießen ist nur das direkte Zufügen von körperlichem Schaden an einer anderen Person zu

verstehen; eine Bluttransfusion, die dem Spender nicht schadet, fällt selbstverständlich nicht unter den Begriff "Blutvergießen". Daß die oben zitierte Vorschrift natürlich auch für Kinder gilt, erwähnt S. WAGSHAL ausdrücklich (229).

Zum Schluß seien noch zwei Dinge erwähnt, die zwar nicht im Kizzur Schulchan Aruch vorkommen, aber von authentischen Quellen berichtet werden. Wurden bereits die verschiedenen Formen der Erleichterung für Kranke erwähnt, so ergab sich die Frage, was zu tun sei, wenn ein Arzt für und ein Arzt gegen eine Erleichterung war - z.B., weil er diese nicht für nötig hielt. Hier gilt in der Lehrmeinung der Rabbiner der Grundsatz, daß selbst wenn hundert Ärzte gegen eine Erleichterung gesprochen haben und nur ein Arzt dafür, man im Zweifelsfall auf diesen hören soll (173). Als zweites sei noch angeführt, daß die Rabbiner bei allen ärztlich-religiösen Fragen sich nie auf eine eigene Meinung festgelegt haben, sondern immer die Meinungen der Ärzte maßgebend waren und so Eingang in das Gesetz gefunden haben (117, 118).

Durch diese Beispiele ist wohl belegt, daß eigentlich von einer Kollision zwischen Belangen der Gesundheit und der Religion nicht gesprochen werden kann. Denn wenn es die Gesundheit erfordert, so lautet es ja ausdrücklich im Religionsgesetz, dann haben alle diesbezüglichen Notwendigkeiten Vortritt vor dem Gesetz der Religion.

1) DER ALLGEMEINE SCHUTZ DES KINDES IN DER JÜDISCHEN RELIGION

Im folgenden Abschnitt soll die Stellung des Kindes im Judentum, insbesondere aber die Stellung des Kindes in der jüdischen Familie, untersucht werden.

Betrachtet man dazu den Kizzur Schulchan Aruch, so ist eine allgemein gültige Aussage nicht zu finden. Das einzige was auffindbar ist, ist die Vorschrift zur Pflege des Kindes im Falle der Erkrankung der Eltern:

Kap. 193 V.7: Wenn der Kranke kleine Kinder hat oder wenn seine Frau eine werdende Mutter ist, muß er einen Vormund einsetzen, der für die kleinen Kinder sorgt bis sie groß sind (68).

Aber bereits diese eine sehr spezielle Vorschrift läßt eine positive Einstellung des Judentums zum Kind vermuten. Insbesondere wäre es sicherlich ein Fehlschluß aus dem Fehlen etwaiger allgemeiner Vorschriften, wie z.B. das Kind zu lieben, auf eine gegenteilige Ansicht zu schließen, wie bereits in dem Abschnitt zum Kizzur Schulchan Aruch erwähnt wurde. Geht man deshalb in der Fragestellung und der Suche nach einer Lösung einige Schritte zurück, so findet man im 1. B.M. Kap.1 Vers 28, folgende Stelle, die G'ttes ersten Segen enthält:

"Und G'tt segnete sie und sprach zu Ihnen: Seid fruchtbar und mehret Euch, füllet die Erde und bezwingt sie..." (164).

Des weiteren im Pslam 127:

"Siehe, ein Geschenk G'ttes sind Söhne, ein Lohn ist Kindersegen" (8).

Aufbauend auf die beiden letztgenannten Stellen entstand im Judentum die Einstellung zum Kind, als dem höchsten Segen G'ttes (61). So wird verständlich, wenn G. TUGENDREICH für die Zeit des Altertums die Juden ausdrücklich als das einzige Volk erwähnt, welches Fruchtabtreibung und Aussetzung eines Kindes unter Strafe stellte (225). Eng verbunden hiermit ergab sich im jüdischen Familienleben eine außerordentlich große Innigkeit. Die Familie, insbesondere Ehepartner und Kinder, waren des Juden ein und alles. Diese Innigkeit des jüdischen Familienlebens läßt sich durch die gesamte jüdische Geschichte verfolgen. Wie im Alten Testament ersichtlich, war sie bereits zu palästinen-

sicher Zeit vorhanden, wurde durch den massiven Druck, dem die Juden im Mittelalter ausgesetzt waren, noch verstärkt und setzte sich in dieser Form über den dieser Arbeit zugrunde liegenden Zeitraum fort. Insbesondere sei hervorgehoben, daß dies gerade in nichtjüdischen Veröffentlichungen erwähnt wird (16, 190). Dieses ausgeprägte Familienleben äußert sich in einer eigentümlichen tiefen und seelischen Beziehung im jüdischen Haus, die Mann und Frau, Eltern und Kind fest bindet (178). Innerhalb dieser Beziehung sind die Bereiche klar abgesteckt: Ist der Mann derjenige, der die Familie nach außen vertritt und in den allermeisten Fällen für den Lebensunterhalt sorgt, so ist es die Frau, die die unmittelbare Sorge um die Familie, die Erziehung und die Pflege der Kinder innehat. Nachdem dies Pflichten sind, die unaufschiebbar sind, insbesondere die Pflege des Kindes, ist die jüdische Frau auch von allen Religionspflichten befreit, die zu einer bestimmten Tageszeit zu erfüllen sind. Dies bezieht sich z.B. auf das Morgen-, Mittag- und Abendgebet. Festgelegt ist diese Vorschrift in einem Traktat des Talmud: Kidduschin 1,7 (66). Wie aus dem oben Gesagten leicht verständlich, ergab sich als unmittelbare Folge der Tradition ein wesentlich geringerer Prozentsatz jüdischer berufstätiger Frauen (63). Um hierzu zwei Zahlenbeispiele zu nennen: Es waren 1895 in Hessen 17,79 % der Jüdinnen berufstätig, während dieser Prozentsatz bei den nichtjüdischen Frauen 27,26 % betrug (33). In Wien waren zu Beginn dieses Jahrhunderts 72,20 % der berufstätigen Juden Männer; bei der nichtjüdischen Bevölkerung betrug dieser Prozentsatz 56,90 % (73). Auch wenn für osteuropäische Gebiete keine exakten Zahlenangaben vorliegen, so kann die Tatsache der geringeren Berufstätigkeit der jüdischen Frauen auch für diese Gebiete als gesichert angesehen werden. Namhafte Autoren, wie z.B. M.FISHBERG, erwähnen diese Tatsache ausdrücklich als für alle Länder gültig (63).

Die geringere Berufstätigkeit der jüdischen Frauen und die Befreiung von etlichen Religionsvorschriften, gab der jüdischen Mutter die Mög-

lichkeit zur Sorge um ihre Kinder. Und sie nutzte diese Möglichkeit. Immer wieder wird die, teilweise fast schon übertriebene, Sorgsamkeit der jüdischen Mutter erwähnt (72). M. FISHBERG schreibt dazu:

> "Die Sorge der jüdischen Mutter ihrem Kind gegenüber, sogar wenn sie arbeitet, oder unter dem Stress der Armut, ist sprichwörtlich" (63).

Es sei gestattet, hier zwei der zahlreichen jüdischen Sprichwörter zum Mutter-Kind Verhältnis zu erwähnen. Da diese in jiddischer Sprache abgefaßt sind, werden sie sowohl im Original (allerdings mit lateinischen Buchstaben), als auch in der deutschen Übersetzung angeführt:

1)" Nit dus is die rechte müter, wus hot gebojren, nor di, wus hot derzojgen."
Nicht das ist eine richtige Mutter, welche geboren hat, sondern die, welche erzogen hat (24).

2)" Di mame schelt, aber es thüt ihr weh das harz."
Die Mutter scheltet, aber es schmerzt ihr dabei das Herz (24).

Sind solche Sprichwörter auch kein Beweis im naturwissenschaftlichen Sinn, so kann man sie dennoch als Indiz zur Volksanschauung werten.

Waren nun die Eltern sowohl um die Erziehung, als auch um die Pflege ihres Kindes sehr besorgt, so gab ihnen der Talmud noch einige gute Verhaltensregeln mit auf den Weg. So wird z.B. an einer Stelle die übermäßige Strenge, die etwa bis zum Verletzen des Kindes geht, ausdrücklich verboten und an einer anderen Stelle erwähnt, daß der Vater nach vollzogener Strafe um so milder sein möge, damit die Furcht vor ihm aufhöre (117).

So wird das jüdische Kind also in eine Umwelt geboren und wächst dann in dieser auf, die man als eindeutig kinderfreundlich bezeichnen kann. Es wurde gehegt und gepflegt und sein Wohlergehen war die Sorge und

das Anliegen der ganzen Familie. Daß dies für die Entwicklung und Gesundheit des Kindes von außerordentlich großer Bedeutung ist, erscheint uns heute als selbstverständlich. Ein Artikel von G. MAYR aus dem Jahre 1870 erwähnt den günstigen Einfluß der Pflege eines Neugeborenen ausdrücklich:

> "Nicht minder bedeutsam als die Ernährung ist die Pflege des Neugeborenen, d.h. der Inbegriff menschlicher Fürsorge für Befriedigung aller jener einzelnen, eigentümlichen Bedürfnisse, welche außer der Ernährung gerade dem neu entstandenen Menschenleben in so reichem Maße eigen sind" (143).

Auch in diesem Punkt hatte das jüdische Kind dem nichtjüdischen Kind der damaligen Zeit einiges voraus (141).

m) DIE GEBOTE DER WOHLTÄTIGKEIT

Wie gezeigt lebte die jüdische Bevölkerung Europas teilweise in größter Armut. In diesem Zusammenhang steht die Bedeutung der Wohltätigkeit. Der Kizzur Schulchan Aruch schreibt zum Thema Wohltätigkeit:

Kap. 34 V. 1-4: Es ist ein Gebot, den Armen Israels Almosen zu geben. Dabei ist jeder verpflichtet, soweit er dazu in der Lage ist, Almosen zu geben. Nur derjenige, der gerade genug zum Leben hat, braucht keine Almosen zu geben. Man gebe zwischen einem Zehntel und einem Fünftel seines Gewinns, aber auch nicht mehr als ein Fünftel um nicht selbst in Gefahr zu kommen, Almosen nehmen zu müssen (68).

Kap. 34 V. 8: "Man darf einen bittenden Armen nicht leer abweisen; selbst wenn du ihm nur eine getrocknete Frucht gibst; so heißt es (Ps. 74,21): Daß der Arme nicht beschämt umkehre..." (68).

Aus ältester Zeit ist zur Frage der Wohltätigkeit der folgende Ausspruch von Simon, dem hohen Priester zur Zeit Alexanders des Großen, überliefert:

"Auf drei Dingen steht die Welt: der Lehre, dem Gottesdienst und der Wohltätigkeit" (22).

Entsprechend dem hohen Ansehen der Wohltätigkeit kam es bei der Neubegründung einer jüdischen Gemeinde, unmittelbar nach der Einsetzung einer uneigennützigen Beerdigungsgesellschaft, zur Erstellung eines jüdischen Wohltätigkeitsvereins (22). Somit war die Wohltätigkeit von öffentlicher Seite geregelt, was jedoch keinen Einfluß auf die direkte, von Mensch zu Mensch reichende Wohltätigkeit hatte (28). Des ferneren sei erwähnt, daß die Wohltätigkeit nicht nur aus materieller Hilfe bestand, wie später noch zu zeigen ist.

Doch wer waren die Nutznießer einer so weit verzweigten Wohltätigkeit im Judentum? M. FRIEDLÄNDER erwähnt neben der Unterstützung von Armen, von durchreisenden hilfsbedürftigen Personen und Menschen, die dem Laster oder Verbrechen verfallen sind, folgende, auf Kinder bezogene, Ziele der Wohltätigkeit:

"Sorge für die Bequemlichkeit der Alten und Kranken,
der Witwen und W a i s e n.
Sorge für die religiöse und weltliche Erziehung
armer K i n d e r."

Was die nichtmaterielle Hilfe angeht, so fährt FRIEDLÄNDER unmittelbar fort:

"Hebung ihrer geistigen, sozialen und moralischen Stellung durch persönlichen Verkehr mit ihnen und durch freundliche Worte des Rates, des Trostes und der Aufmunterung" (66).

Waren damit die Bereiche der Wohltätigkeit abgesteckt, einer Hilfe, die von der Geburt bis zum Grabe reichte, so äußerte sich dies im praktischen Leben der Wöchnerin und des Kindes folgendermaßen: Für die notleidenden Wöchnerinnen wurden eigene Wöchnerinnenvereine gegründet. Diese besorgten eine Hebamme, Bett- und Leibwäsche, Kinderzeug und halfen auch mit Geld. In verschiedenen Städten entstanden Säuglingsfürsorgestellen, Säuglingsmilchküchen, eine Aufsicht über Kostkinder und Kollektivvormundschaften für die israelitischen unehelichen hilfsbedürftigen Kinder. Nach dem Säuglingsalter schloß sich die Fürsorge in Form von Kinderbewahranstalten, Kinderhorten, Kindergärten, Kinderküchen, Vereine für hilflose Kinder und dergleichen an. Weiterhin entstand in Berlin eine Sammelstelle für plötzlich hilflos gewordene Kinder bis zu ihrer anderweitigen Unterbringung. Inwieweit man auch an das psychische Wohlergehen der minderbemittelten Kinder dachte, mag die Tatsache zeigen, daß an allen israelitischen Feiertagen diese Kinder von seiten bestimmter Vereine beschenkt wurden. So erging es ihnen, was diesen Punkt anbelangt, auch nicht schlechter als den Kindern aus finanziell besser gestellten Familien, die, einem alten jüdischen Brauch gemäß, an allen Feiertagen von zu Hause aus beschenkt wurden (28, 83).

All die oben erwähnten einzelnen Maßnahmen beziehen sich auf das Deutsche Reich zu Ende des vorigen Jahrhunderts. Über die Situation der Wohltätigkeit und Fürsorge in osteuropäischen Ländern sind solche genaue Beschreibungen leider nicht zugänglich. Angenommen werden kann einerseits, daß sicherlich die finanziellen Mittel hierfür durch die insgesamt schlechtere wirtschaftliche Situation der Juden in Osteuropa geringer waren. Andererseits waren die Juden in diesen Gebieten,wie

bereits dargelegt, streng gläubige Juden, die nach besten Möglichkeiten, wenn auch nur ihr kleines Quantum, zur Wohltätigkeit beisteuerten. Die Wohltätigkeit im jüdischen Religionsgesetz war aber nicht auf einen Ort oder ein Gebiet beschränkt. So wurde im Jahre 1873 in Wien die Alliance Israelite gegründet. Das Ziel dieser Hilfsorganisation war die Unterstützung bedrängter Juden in Ost- und Südosteuropa. Gerade durch diese Alliance Israelite sind uns Dokumente übermittelt, die auf das Bestehen von Wohltätigkeitskomitees in Osteuropa hinweisen. So betonte die Alliance Israelite ausdrücklich, daß sie nur für den Notfall ganzer Gruppen, wie z.B. bei Hungersnot oder Epidemien zu helfen gedenkt, während sie die Sorge für die Not Einzelner besonderen Organisationen, sogenannten Wohltätigkeitskomitees, überläßt (102, 129). Was die Unterstützung der jüdischen Bevölkerung in Osteuropa angeht, so ist weiterhin übermittelt, daß sehr viel von den Juden, die nach Westeuropa auswanderten und dort dann Fuß faßten, ihre teilweise notleidende Verwandtschaft in Osteuropa nicht vergaßen, sondern diese, soweit wie nur irgendwie möglich, finanziell unterstützten (22).

Wie dargestellt, bestand innerhalb der jüdischen Bevölkerung ein gut organisiertes und weit verzweigtes Netz der Wohltätigkeit, oder wie man heute sagen würde, der Wohlfahrtspflege. Diese zeichnete sich durch zwei Besonderheiten aus: Zum einen wurde sie oft von Seiten des Gebenden nicht nach außen zur Schau getragen, sondern blühte eher im Verborgenen (83) und zum anderen wurde sie vom Gebenden nicht als ein Zwang, sondern in der Erfüllung eines religiösen Gebotes, als eine Freude betrachtet. Dieses Gefühl wurde für den Gebenden, aber auch für den Nehmenden noch verstärkt durch das hebräische Wort für Wohltätigkeit "z e d a k a", das auch die Bedeutung 'Gerechtigkeit' besitzt (28). Dieses "zedaka" kam aber nicht nur Erwachsenen, sondern besonders auch den Kindern und Säuglingen zu Gute.

Somit war sichergestellt, daß trotz eventueller Not der Eltern die Kinder, und damit selbstverständlich auch die Säuglinge, keinen Schaden nahmen.

Die erwähnten Wöchnerinnenheime, die Säuglingsfürsorge aber auch die Gewährung von Kostgeldern u.a. boten mannigfaltige Hilfe für Eltern und Kind. Sie sicherten ebenso eine ausreichende Ernährung der stillenden Mutter, wie auch die Beifütterung und Nahrung des Kleinstkindes; auch wurde für eine ausreichende Pflege, für die Aufrechterhaltung und Förderung der Hygiene oder aber notwendige ärztliche Hilfe gesorgt.

Unter Einbeziehung der großen Sorge jüdischer Eltern um ihr Kind, die den Verwendungszweck sicherte, war es somit auch armen jüdischen Eltern möglich, ihren Kindern Lebensverhältnisse zu ermöglichen, die in den meisten Fällen ausreichenden Schutz vor Erkrankung boten. Es ist sicher nicht abwegig der gut organisierten und weit verbreiteten jüdischen Wohltätigkeit ihren Beitrag zur geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit einzuräumen.

VIII. DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

a) DISKUSSION DER ERGEBNISSE

An Hand von Statistiken zur Sterblichkeit jüdischer und nichtjüdischer Säuglinge aus verschiedenen Gebieten und Städten West- und Osteuropas ließ sich ein statistisch signifikanter Unterschied zu Gunsten der jüdischen Säuglinge beweisen. Die Ausnahmesituation in Wilna mit einer höheren Sterblichkeit jüdischer Säuglinge dürfte wohl einerseits auf Ungenauigkeiten im Meldewesen, andererseits aber auch durch die historisch begründbaren, selbst für Osteuropa extrem schlechten, Wohnverhältnisse der Wilnaer Juden verständlich sein.

Zur Erklärung der günstigeren jüdischen Quote der Säuglingssterblichkeit, boten sich zunächst seit längerer Zeit bekannte Argumente an, wie angeblich bessere wirtschaftliche Verhältnisse und niedere Geburtenfrequenz der Juden. Doch konnte gezeigt werden, daß von einer besseren wirtschaftlichen Situation der Juden lediglich in Westeuropa ausgegangen werden kann. Ebenso waren die Unterschiede der Geburtenfrequenz zwischen jüdischer und nichtjüdischer Bevölkerung in Osteuropa nur gering, insbesondere unter Berücksichtigung der jüdischen Eigenart Neugeborene nicht immer staatlichen Stellen zu melden. Hinweise auf weitere Faktoren geben Beispiele aus Wien, wo die Unterschiede der Säuglingssterblichkeit in wohlhabenden Gebieten viel geringer waren, als in den ärmsten Bezirken, sowie aus Krakau (1887/1889) und Lemberg (1894/1896), wo bei statistisch signifikantem Unterschied der Geburtenfrequenz mit einer höheren jüdischen Geburtenfrequenz, dennoch die Säuglingssterblichkeit eine geringere war. Da nachweisbar war, daß gerade zur

Zeit der ausgewerteten Statistiken 1880 - 1900 die jüdischen Religionsgebote zum größten Teil streng befolgt wurden, erschien es naheliegend diese auf ihre Relevanz für das Wohlergehen und die Gesundheit der Säuglinge zu überprüfen.

Dabei konnte gezeigt werden, daß das Verbot des außerehelichen Geschlechtsverkehrs Einfluß auf die Höhe der vorehelichen Geburten besaß und somit die Todesfälle an, wie es damals hieß, "angeborener Lebensschwäche" verminderte. Weitere Vorteile boten sicherlich der mäßige Alkoholismus und das Verbot der Verwandtenehen, so daß die Anzahl der Todesfälle durch angeborene Mißbildungen gesenkt wurde.

Da die Ehe zwischen Cousin und Cousine jedoch erlaubt war und in Osteuropa öfter praktiziert wurde, ist es denkbar, das häufigere Auftreten von autosomal rezessiven Erbleiden, z.B. Hämophilie, hierauf zurückzuführen. Auch heute noch nicht endgültig geklärt sind die Ursachen der jüdische Kinder überproportional häufig befallenden Tay-Sachs Krankheit, wenn auch nach neuesten Untersuchungen die Blutsverwandschaft der Eltern, zumindest für die jüdischen Fälle, nicht als ursächlich angesehen werden kann. Die Reinheitsgebote der Frau boten Schutz vor Übertragung von Geschlechtskrankheiten, besonders der Gonorrhoe und das Verbot des Geschlechtsverkehrs bis acht Tage post menstruationem auch einen weitgehenden Schutz vor einer ascendierend entstehenden Pyelonephritis zu einem Zeitpunkt verminderter Selbstreinigungskraft von Vagina und Scheidenvorhof. Auch hierdurch wurde sicherlich im Falle einer späteren Schwangerschaft die Frühgeborenenrate gesenkt. Sicherlich keinen Vorteil im ersten Lebensjahr bot die Circumcision, andererseits aber wurde durch das ausdrückliche Verbot der Circumcision bei erblich oder sonstwie erkannter Hämophilie die Todesrate, bedingt durch den kleinen Eingriff, minimal gehalten.

Als der wohl wesentlichste Schutzfaktor für den jüdischen Säugling erwies sich das ausdrückliche Gebot des Stillens. Weiß man heute, daß somit

das optimalste aller Nahrungsmittel dem Säugling zugeführt wurde, so erklärt es die ganz erheblich geringere Sterblichkeit jüdischer Säuglinge an infantiler Diarrhoe und den meisten epidemischen Infektionskrankheiten. Vorteile derselben Art betonen auch die jüdischen Speisevorschriften, die auch für die Beifütterung des Säuglings volle Gültigkeit besaßen. Jedoch muß klar hervorgehoben werden, daß deren Bedeutung auf die Höhe der Säuglingssterblichkeit im Verhältnis zum Einfluß des Gebots des Stillens geringer war. Einen weiteren Schutz vor der Übertragung epidemischer Krankheiten boten obendrein die jüdischen Reinheitsgebote und hierbei besonders die Gebote des Händewaschens.

Sicherlich nicht zu unterschätzen, wenn auch schwierig zu differenzieren, sind die Wirkungen der Gebote, die dem allgemeinen Schutz vor Krankheiten und der Erhaltung der Gesundheit dienen. Hierunter fallen Gebote wie die Belange der Gesundheit über das Religionsgesetz zu stellen, aber auch solche, die die Bewahrung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit in den Vordergrund stellen. Auch der im Religionsgesetz verankerte generelle Schutz und die Pflege des Kindes, auch im Zusammenhang mit der für ärmere jüdische Familien ausgesprochen wichtigen Wohltätigkeit, hatten sicherlich einen wesentlichen Einfluß, um eine in jeder Hinsicht kinderfreundliche Atmosphäre in jüdischen Familien zu schaffen.

b) DIE BESONDEREN UMSTÄNDE DER MULTIFAKTORIELLEN GENESE DER GERINGEREN TUBERKULOSESTERBLICHKEIT JÜDISCHER SÄUGLINGE

Unter den Todesursachen jüdischer Säuglinge nimmt die Tuberkulose eine Sonderstellung ein, da die Ursachen der jüdischen Mindersterblichkeit aller Altersklassen an dieser Krankheit schon seit langer Zeit diskutiert wurden und immer noch werden. Da ein Teil der Thesen in engem sachlichem Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit stehen, erscheint es ratsam auf diese Frage näher einzugehen.

Bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts waren die meisten Ursachen der Tuberkulose, die heute für den Untersuchungszeitraum als denkbar erscheinen, bekannt - wenn auch genaue wissenschaftliche Zusammenhänge häufig erst später erkannt wurden. Dabei unterlief aber fast ausnahmslos in allen Veröffentlichungen der Fehler, daß nur einige wenige Ursachen bejaht wurden, während andere beinahe leidenschaftlich abgelehnt wurden. Somit stellt es den Verdienst neuerer Untersuchungen dar, auf die multifaktorielle Genese der Tuberkulose und somit die Beeinflussung durch exogene und endogene Faktoren hingewiesen zu haben (159).

Bereits 1895 wurde von G. BUSCHAN auf einen erhöhten Widerstand der jüdischen Rasse der Tuberkulose gegenüber hingewiesen (34). Diese sehr pauschale Aussage erscheint heute haltlos. Dies aus zweierlei Gründen. Zum einen hat die immunologische Forschung bis heute eine derartige Erkenntnis nicht bestätigt. Zum anderen erscheint es höchst fraglich, was eigentlich unter einer jüdischen Rasse zu verstehen ist. So schreibt W. DAIM 1958:

> "Die Juden schließlich sind überhaupt keine Rasse, sondern ein Volk mit gemeinsamer religiöser Basis und Schicksalsprägung. Sie sind mindestens so gemischt wie die Wiener oder Berliner" (37).

Ebenso gelangt M. TURMANN 1968 zu der Ansicht, daß von einer jüdischen Rasse verallgemeinernd nicht gesprochen werden kann (226). Bereits 1909 verwarf E.AUERBACH die Rassentheorie mit der Vermutung, daß hierbei der Begriff 'jüdische Rasse' für all die Ursachen herhalten sollte, welche nicht nachweisbar wären (6). Trotzdem mußte es bereits damals verwundern, daß gerade ein Bevölkerungsteil, der oftmals schlecht genährt war, dessen Brust oft eng, schmal und flach war, von der Tuberkulose weniger betroffen wurde (62). Hierfür bot M. FISHBERG eine Erklärung, die in ihren Grundtatsachen auch heute noch anerkannt wird. So waren die Juden schon seit Generationen Stadtbewohner im Gegensatz zur christlichen Bevölkerung, die häufig erst seit wenigen Generationen in der Stadt ansässig war oder aber selbst erst in die Stadt zog. Unter Berücksichtigung der höheren Tuberkulosedurchseuchung der städtischen Bevölkerung kann angenommen werden, daß die jüdischen Einwohner bereits vor Generationen dieser Krankheit ihren Tribut gezollt haben und somit im Laufe von Generationen nur noch die widerstandsfähigsten überlebten (62). Unterstützt wird diese Theorie durch Berichte von SCHWARZ über eine hohe Tuberkulosesterblichkeit im Frankfurter Ghetto 1648 - 1662, wobei unter 883 Todesfällen 278 tuberkulöse Ursachen hatten (zit. nach S. KREINERMANN, 118).

Die oben aufgezeichnete These von M. FISHBERG wird heute unterstützt durch E.SCHMID im Handbuch der Tuberkulose. Er spricht Populationen, die stammesgeschichtlich länger Kontakt mit Tuberkelbakterien hatten, eine höhere Durchschnittsresistenz zu (199). Ferner von H. LUDES, der Unterschiede in der natürlichen Resistenz, je nach erblicher Veranlagung erwähnt (135). Nach der anfangs angedeuteten Differenzierung in exogene und endogene Faktoren ist noch ein weiterer Punkt zu den endogenen Faktoren zu rechnen, der heute als "erworbene Immunität" bezeichnet wird. Doch auch diese Erkenntnis war in ihren Grundzügen bereits 1925 bekannt und wurde von H.HALTRECHT vertreten. Er führte aus, daß durch die hohe Tuberkuloseverseuchung der Städte auch

das jüdische Kind sehr früh mit Tuberkelbakterien in Berührung kam und dadurch eine Immunität erwarb, die einen leichteren und günstigeren Verlauf der Tuberkulose bewirkte (81). Bezieht man in die Überlegungen die voraus aufgeführte erhöhte, angeborene Widerstandsfähigkeit der Juden und die heute bekannte Möglichkeit der Infektion mit Tuberkelbakterien ohne klinische Manifestation ein (135, 219), so erscheint dies verständlich. Dabei muß jedoch einschränkend berücksichtigt werden, daß diese erworbene Immunität nur für die Zeit der Erstinfektion vor Superinfektionen schützt (135); von G. JACCARD ist aber auch eine leicht erhöhte Abwehrbereitschaft des Körpers für die nachfolgende Zeit postuliert (99).

Neben diesen endogenen Faktoren spielten aber auch eine ganze Reihe exogener Faktoren eine Rolle, deren Rahmen fast ausschließlich durch das jüdische Religionsgesetz gesteckt ist. Da diese bereits ausführlich in vorausgehenden Abschnitten erörtert wurden, genügt eine kurze Darstellung mit entsprechenden Hinweisen.

Von fast allen Autoren, sei es, daß sie ausschließlich endogene oder aber ausschließlich exogene Faktoren als Argument zulassen, wird ein Hinweis immer wieder gebracht. Es ist dies die ausdrückliche Erwähnung des Einflusses des geringeren jüdischen Alkoholkonsums auf die Höhe der Tuberkulosesterblichkeit (47, 62, 94, 207). Inwieweit der elterliche Alkoholkonsum auch für die Kinder von Bedeutung war, wurde bereits im entsprechenden Abschnitt dargelegt. Ergänzend sei angeführt, daß erwiesen ist, daß Kinder von an Tuberkulose erkrankten Eltern doppelt so häufig wie Kinder aus einer Normalpopulation erkranken. Neben dem Einfluß des Erbgutes ist an direkte Ansteckung zu denken. Wenn man überlegt, daß Alkoholismus des Erwachsenen die Widerstandsfähigkeit gegenüber der Tuberkulose schwächt, ist somit eine weitere indirekte Gefahr des elterlichen Alkoholkonsums den Kindern gegenüber gegeben (99).

Als weitere exogene Faktoren mit Einfluß auf die Höhe der Tuberkulosesterblichkeit jüdischer Säuglinge werden die Speisegesetze und auch die hohe Stillfrequenz betont. Durch beide wurde die Häufigkeit der Ingestitionstuberkulose vermindert. So geschah dies bei den Speisegesetzen durch die vorgeschriebene Fleischbeschau der Lunge (81, 118, 179) und beim Stillen als Nebeneffekt durch den eingeschränkten oder unterlassenen Konsum von eventuell Tuberkulose infizierter Kuhmilch (96, 186). Sicherlich ebenfalls nur positiv konnten sich die Gebote des Händewaschens und der Reinlichkeit auswirken, wenn man bedenkt, daß so auch die Gefahr der Übertragung von Eltern auf den Säugling vermindert wurde (15, 118, 209). Die bereits ausführlich erörterte Sorge um das Kind und die der jüdischen Bevölkerung eigene große Sorge um die Gesundheit, verbunden mit dem raschen Bemühen um beste ärztliche Hilfe schon bei ersten Anzeichen einer Krankheit, taten das ihre um die Schwere der Krankheit zu lindern und auch Sterbefälle an Tuberkulose zu verhindern (27, 118, 141). Jedoch soll auch der bereits an anderer Stelle angeführte negative Einfluß der übermäßigen Liebe zum Kind in Form sehr häufiger Liebkosungen nicht unerwähnt bleiben. Denn gerade in der Übertragung von Tuberkelbakterien bestand die Gefahr, die hiervon ausging (186). Schließlich sei auch noch an die unterschiedliche wirtschaftliche und soziale Stellung der Juden in West- und Osteuropa erinnert. Jedoch bewirkte dieser, für die Juden Osteuropas sicherlich negative Einfluß, nicht nur eine erhöhte Sterblichkeit an Tuberkulose, sondern die generell höhere osteuropäische, jüdische Säuglingssterblichkeit im Vergleich zu Westeuropa (62, 118). Wie sehr auch in Osteuropa andere als ökonomische Faktoren mitgespielt haben, zeigt sich im Vergleich zur Tuberkulosesterblichkeit nichtjüdischer Säuglinge in Osteuropa, die ebenso wie in Westeuropa eine erheblich höhere war.

Somit gelangt man zu dem Ergebnis, daß die günstigere Todesrate jüdischer Säuglinge durch Tuberkulose endogen und exogen bedingt war. Endogen einerseits durch die in vielen Generationen städtischer, jüdischer Bevölkerung vererbte angeborene Resistenz, die andererseits bei Kontakt mit Tuberkelbakterien im frühen Kindesalter eine klinische Manifestation verhindern, dann aber zu erworbener Immunität führen konnte. Bei den exogenen Faktoren waren der geringe jüdische Alkoholismus, die Fleischbeschau im Rahmen der Speisegesetze, die hohe Stillquote und das häufigere Händewaschen ebenso von Bedeutung, wie die Sorge um das Kind und die Gesundheit. Aber gerade bei diesen exogenen Faktoren ist es das jüdische Religionsgesetz, welches ein solches Verhalten dem Juden vorschreibt. Demnach ist es zutreffend, auch bei der Beurteilung eines so komplexen Teilbereiches wie der geringeren jüdischen Tuberkulosesterblichkeit neben den angeführten endogenen Faktoren dem jüdischen Religionsgesetz einen entscheidenden Beitrag zuzusprechen.

c) ALLGEMEINE ZUSAMMENFASSUNG

Vergleicht man die gefundenen Ergebnisse mit der Analyse der Todesursachenstatistik jüdischer und nichtjüdischer Säuglinge, so fällt die Übereinstimmung der aus dem Religionsgesetz ableitbaren medizinischen Vorteile mit den zu Beginn der Arbeit gefundenen Unterschieden der Todesursachenstatistik auf. So unterschieden sich die Todesursachen in quantitativer Hinsicht zu Gunsten der jüdischen Säuglinge maßgeblich bei Todesfällen wegen angeborener Lebensschwäche (Verbot des vorehelichen Verkehrs), infantiler Diarrhoe (Stillen, Speisegesetze), epidemischen Krankheiten (Stillen, Speisegesetze, Reinlichkeit und Hände waschen) sowie konnataler Geschlechtskrankheiten (Verbot des außerehelichen Verkehrs, Reinlichkeitsgebote der Frau). Doch auch die,

bereits des öfteren erwähnte, den Belangen der Gesundheit gegenüber sehr aufgeschlossene Grundhaltung (Vorrang der Gesundheit vor dem Religionsgesetz, generell hohes Ansehen der Gesundheit) sowie die auffallend kinderfreundliche Atmosphäre in jüdischen Familien (Gebot zum Schutz der Kinder, Wohltätigkeit) waren nicht zu unterschätzende Faktoren, die dem Wohlergehen des Säuglings dienten.

Somit konnte gezeigt werden, daß als Ursachen der statistisch überprüften geringeren jüdischen Säuglingssterblichkeit, neben wirtschaftlichen Faktoren und dem Einfluß der Höhe der Geburtenfrequenz auch das jüdische Religionsgesetz einen wesentlichen Einfluß besaß.

Herrn Prof. Dr.med. Dr.med. h.c. J. STRÖDER danke ich herzlich für die wohlwollende Überlassung des Themas, die freundliche Beratung bei der Durchführung und die Übernahme des Referates.

Herrn Prof. Dr. med. H. FRANKE danke ich sehr für die Übernahme des Korreferates.

Des weiteren gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. theol. K.-H. MÜLLER, der mir in unermüdlicher Weise mit Rat und Tat zur Seite stand, sowie Herrn Dipl. Physik. E. MOLL, der mir bei der statistischen Überprüfung des umfangreichen Zahlenmaterials die notwendige Anleitung und Hilfe zuteil werden ließ.

BIBLIOGRAPHIE

Anmerkung: Die Abkürzungen der verwandten Literatur sind entnommen:
Leistner, O.: Internationale Titelabkürzungen
Biblio Verlag, Osnabrück 1977

ferner findet folgende Abkürzung Verwendung:
ZEITSCHRIFT FÜR DEMOGRAPHIE UND STATISTIK
DER JUDEN Z.f.D.S.

1.	ABRAMOWITSCH, M.	Die Bewegung der jüdischen Bevölkerung in Wilna in den Jahren 1896-1907 in: Z.f.D.S. 1 (1905) 23 Heft 2.
2.	ADAM, A.	Genetic Diseases among Jews in: Israel J. Med. Sci. 9 (1973) 1383.
3.	AISKS, I.G.	Das Milieu und die sanitären Verhältnisse der jüdischen Städtchen in der Ukraine einst und jetzt in: OSE-Rundschau 6 (1931) 1.
4.	ALKEN, C.E.	Schlußwort zu Wallach, M.: Zirkumzision bei männlichen Neugeborenen in: Dt. Ärztebl. 70 (1973) 911.
5.	ASSCHER, A.W.	Clinical Significance of Asymptomatic Bacteriuria in: Losse, H., Kienitz, M.: Pyelonephritis Bd. II S. 199 G. Thieme, Stuttgart 1972.
6.	AUERBACH, E.	Die Sterblichkeit der Juden in Budapest 1901-1906 in: Z.f.D.S. 4 (1908) 145/161.

7. AUERBACH, E. Kurze Bemerkungen zum Kapitel "Sterblichkeit der Juden" in: Z.f.D.S. 5 (1909) 11.

8. AUERBACH, J. Lesestücke aus den Propheten und Hygiographen, M. Poppelauer, Berlin 1920.

9. BÄUMER, E. Geschichte des Badewesens J.U. Kern, Breslau 1903.

10. BAISCH, K. Ernährung und Hygiene der Frau; Verhütung von Frühschäden innerhalb und außerhalb der Schwangerschaft in: Seitz,L., Amreich, A.:Biologie und Pathologie des Weibes S. 201 Urban & Schwarzenberg, Berlin-Innsbruck-München-Wien 1953.

11. BAMBERGER, M.L. Die Hygiene des Schulchan Arukh in: Grunwald, M.: Die Hygiene der Juden Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung Dresden 1911.

12. BAMBERGER, P. Die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung in: Sch.K.G.G. naturwiss. Reihe 18 (1944) 1.

13. BAMBERGER, S. Die Hygiene der Beschneidung in: Grunwald, M.: Die Hygiene der Juden Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung Dresden 1911.

14. BAMBERGER, S.B. Amirah le-beth Jakob J. Kauffmann, Frankfurt/M. 1911.

15. BANETH, B. Das jüdische Ritualgesetz in hygienischer Bedeutung in: Grunwald, M.: Die Hygiene der Juden S. 43 Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung, Dresden 1911.

16. BANETH, B. — Zur Krankheitsstatistik der Juden in: Z. f. D. S. 8 (1912) 17.

17. BARTA, J. — Die jüdische Familienerziehung in der 2. Hälfte des XIX. Jahrhunderts in Mittel- und Osteuropa Inaugural-Dissertation Tübingen 1972.

18. BEARD, R.W., ROBERTS, A.P. — Asymptomatic Bacteriura during Pregnancy in: Brit. Med. Bull. 24 (1968) 44.

19. BEHREND, H. — Diseases Caught from Butchers Meat in: N.C. 42 (1889) 409.

20. BERGMANN, VON, E. — Zur Geschichte der Entwicklung deutscher, polnischer und jüdischer Bevölkerung in der Provinz Posen seit 1824 in: Neumann, Fr.J.: Beiträge zur Geschichte der Bevölkerung in Deutschland Bd. 1 Laupp, Tübingen 1883.

21. BERGNER, L., SUSSER, M.W. — Low Birth Weight and Prenatal Nutrition: an Interpretative Review in: Ped. 46 (1970) 940.

22. BERMANT, Ch. — The Walled Garden Weidenfeld u. Nicolson, Jerusalem 1974.

23. BERNFELD, S. — Juden und Judentum im 19. Jahrhundert S. Crombach, Berlin 1898.

24. BERNSTEIN, I. — Jüdischer Sprichwörter und Redensarten, J. Kauffmann, Warschau-Frankfurt 1908.

25. BIERICH, J.R. — Über das embryo-fetale Alkoholsyndrom in: Eur. J. Pediatr. 121 (1976) 155.

26. BLAU, B. — Die bisherigen Leistungen und zukünftigen Aufgaben des Bureaus für Statistik der Juden in: Bureau für Statistik der Juden: Statistik der Juden Jüdischer Verlag, Berlin 1918.

27. BOGEN, E. — Zur Frage der rassischen Tuberkulosedisposition in: Ose-Rundschau 7 (1932) 8 Heft 10.

28. BRESLAUER, B. — Die jüdische Wohltätigkeit und Wohlfahrtspflege in Deutschland in: Archiv für Volkswohlfahrt 2 (1908) 100.

29. BÜLOW, H., SCHRÖDER, F.H. FROHMÜLLER, H. — Indikationen zur Zirkumzision in: Fortschr. Med. 91 (1973) 1214.

30. BULLEN, J.J., ROGERS, H.J., LEIGH, L. — Iron Binding Protein in Milk and Resistance to Escherichia Coli Infection in Infants in: Brit. Med. J. 15 (1972) 69.

31. BUREAU FÜR STATISTIK DER JUDEN — Die Juden in Österreich L. Lamm, Berlin 1908.

32. BUREAU FÜR STATISTIK DER JUDEN — Die Juden in Rumänien L. Lamm, Berlin 1908.

33. BUREAU FÜR STATISTIK DER JUDEN — Die Juden im Großherzogtum Hessen L. Lamm, Berlin 1909.

34. BUSCHAN, G. — Einfluß der Rasse auf die Form und Häufigkeit pathologischer Veränderungen in: Glob 67 (1895) 21/43/60/76.

35. COMITTEE ON FETUS AND NEWBORN — Report on the Ad Hoc Tasc Force on Circumcision in: Ped. 56 (1975) 610.

36. CZERNY, A., KELLER, A. — Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie F. Deuticke, Leipzig und Wien 1906.

37. DAIM, W. — Der Mann der Hitler die Ideen gab Isar, München 1958.

38. DIETRICH, E. — Wesen und Ursache der Säuglingssterblichkeit
in: Festschrift zur Eröffnung des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses S. 80
G. Stilke, Berlin 1909.

39. DÖRING, G.K. — Über Empfängnisschwierigkeiten bei fertilen Ehepartnern
in: Zbl. Gynäk. 87 (1965) 549.

40. DROESE, W.
STALLEY, H. — Ernährung des Säuglings
in: Keller/Wiskott: Lehrbuch der Kinderheilkunde
Thieme, Stuttgart 1977, S. 9.1.

41. DUBNOW, S. — Weltgeschichte des jüdischen Volkes
Band IX
Jüdischer Verlag, Berlin 1929.

42. DUBNOW, S. — Weltgeschichte des jüdischen Volkes
Band X
Jüdischer Verlag, Berlin 1929.

43. DUMAS, R.
GROSSCLAUDE, F.,
MERCIER, J. — Primary Structure of the Polymorphs of the Casein
in: Kretschmer, N., Rossi, E., Sere, F.
Milk and Lactation
Modern Problems of Pediatrics Bd. 15
S. Karger, Basel 1975.

44. DVORJETSKI, M. — Le Ghetto de Vilna. Rapport sanitaire
Union O.S.E., Genf 1946.

45. EDER, M.,
GEDIGK, P. — Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie
Springer, Berlin-Heidelberg-New-York 1975.

46. EISENSTADT, H. — Die Sexualhygiene in dem hebräischen Buch Eben Haäser
in: Sex. Pr. 6 (1910) 349/442.

47.	EISENSTADT, H.	Soziale Hygiene der Juden in: Grotjahn, A., Kaup, J., Handwörterbuch der sozialen Hygiene S. 414 F.C.W. Vogel, Leipzig 1912.
48.	ELBOGEN, I.	Geschichte der Juden in Deutschland B.G. Teubner, Leipzig und Berlin 1919.
49.	ELBOGEN, I.	Geschichte der Juden in Deutschland E. Lichtenstein, Berlin 1935.
50.	ELBOGEN, I., STERLING, E.	Die Geschichte der Juden in Deutschland Europ. Verlagsanstalt, Frankfurt 1966.
51.	ELBOGEN, I.	Ein Jahrhundert jüdischen Lebens Europ. Verlagsanstalt, Frankfurt 1967.
52.	ENCYCLOPAEDIA JUDAICA	Band II, Stichwort: Amme S. 613 Eschkol A.-G., Berlin 1928.
53.	ENCYCLOPAEDIA JUDAICA	Band 7 Stichwort: Ghetto Encyclopaedia Judaica, Jerusalem 1971.
54.	ENCYCLOPAEDIA JUDAICA	Band 10; Stichwort: Jewish Quarter Encyclopaedia Judaica, Jerusalem 1971.
55.	ENGLÄNDER, M.	Die auffallend häufigen Krankheitserscheinungen der jüdischen Rasse J.L. Pollak, Wien 1902.
56.	ENKE, H., WERNER, K.	Zu einigen Faktoren, die die Höhe der Säuglingssterblichkeit beeinflussen in: Z. ges. Hyg. 11 (1965) 852.
57.	EPSTEIN, L.M.	Marriage Laws in the Bible and the Talmud Harvard University, Cambridge/Mass. 1942.
58.	ESCHELBACHER, M.	Religion und Gesundheit in: Eschelbacher, M. u. Sindler, A.: Zur Hygiene der Juden S. 325 Düsseldorf 1926.

59. ESCHERICH, T. — Die Ursachen und Folgen des Nichtstillens bei der Bevölkerung Münchens in: Münchn. Med. Ws. 34 (1887) 233/256.

60. FELDMANN, W.M. — Eugenics in Ancient Hebrew Literature in: OSE-Rundschau 4 (1929) 17 Heft 9.

61. FELDMANN, W.M. — The Care of the Child from the Jewish Point of View in: Revue OSE 9 (1934) 9 Heft 2.

62. FISHBERG, M. — Die angebliche Rassenimmunität der Juden in: Z. f. D. S. 4 (1908) 177.

63. FISHBERG, M. — The Jews W. Scott, New York u. Melbourne 1911.

64. FISHBERG, M. — Die Rassenmerkmale der Juden E.Reinhardt, München 1913.

65. FORMSTECHER, S. — Beiträge zur rationellen Erklärung einiger mosaischer Vorschriften mit bes. Beziehung auf die Speisegesetze in: Israelit im 19. Jahrhundert 8 (1847) 241/249/257/265.

66. FRIEDLÄNDER, M. — Die jüdische Religion Frankfurt 1922 Nachdruck V. Goldschmidt, Basel 1971.

67. FUHRMANN, W. — Taschenbuch der allgemeinen und klinischen Humangenetik Wiss. Verl.-Ges., Stuttgart 1965.

68. GANZFRIED, S. — Kizzur Schulchan Aruch übersetzt von Rabb. Dr. Selig Bamberger V. Goldschmidt, Basel.

69. GEE, W.F., ANSELL, J.S. — Neonatal Circumcision: A Ten-Years-Overview in: Ped. 58 (1976) 824.

70.	GEGESI KISS, P.	Störungen des Kohlehydratstoffwechsels in: Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. IV S. 230 Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1965.
71.	GESELLSCHAFT FÜR KONSUM-, MARKT-, UND ABSATZ-FORSCHUNG E.V.	Stillgewohnheiten in der Bundesrepublik Deutschland in: Säuglings- und Kleinkindmonitor Nürnberg 1976.
72.	GLATTER, G.	Die Lebenschancen der Israeliten gegenüber den christlichen Konfessionen Rathgeber u. Cobet, Wetzlar 1856.
73.	GOLDHAMMER, L.	Die Juden Wiens; eine statistische Studie R. Löwit, Wien 1927.
74.	GOLDSCHEIDER, A.	Die Entwicklung der jüdischen Bevölkerung Preußens mit besonderer Berücksichtigung der Zeit 1816-1875. in: Z. f. D. S. 3 (1907) 70.
75.	GOLDSCHMIDT, L.	Der babylonische Talmud Band V Jüdischer Verlag, Berlin 1966.
76.	GOTHEFORS, L., OLLING, S., WINBERG, S.	Breast Feeding and Biological Properties of Faecal E. Coli Strain in: Acta. Paed. Scand. 64 (1975) 807.
77.	GROTJAHN, A., KAUP, J.	Handwörterbuch der sozialen Hygiene Stichwort: Soziale Hygiene der Juden S. 414-425 F.C.W. Vogel, Leipzig 1912.
78.	GRUNFELD, D.	The Jewish Dietary Laws Band I Soncino Press, Londen-Jerusalem-New-York 1972.
79.	GUTMANN, J.	Rasse und Krankheitsfragen der Juden R. Müller & Steinicke, München 1920.

80. HAGEN, W. — Diskussionsbemerkung zu den Referaten Pedmont, Schneider, E. Maier in: Öff. Gesundh.-Wesen 39 (1977) 537.

81. HALTRECHT, N. — Das Tuberkuloseproblem bei den Juden in: Beitr. Klin. d. Tb. 62 (1926) 442.

82. HANAUER, W. — Die Säuglingssterblichkeit in Frankfurt/M in: Ergebnisse der Säuglingsfürsorge 9 (1911) Heft 7.

83. HANAUER, W. — Die jüdische Wohlfahrtspflege in Deutschland in: Z. ges. S. 69 (1913) 716.

84. HANHART, E. — Über 27 Sippen mit infantiler amaurotischer Idiotie in: Acta Genet. Med. 3 (1954) 331.

85. HANSON, L.A., WINBERG, J. — Breast Milk and Defence against Infection in the Newborn in: Arch. Dis. Child. 47 (1972) 845.

86. HANSON, L.A., CARLSSON, B., AHLSTEDT, S., SVANBORG, S., KAIJSER, B. — Immune Defense Factors in Human Milk in: Kretschmer, N., Rossi, E. Sere, F. Milk and Lactation Modern Problems of Pediatrics Bd. 15 S. Karger, Basel 1975.

87. HARFOUCHE, J.K. — The Importance of Breast-Feeding in: J. trop. Pediat. 16 (1970) 135.

88. HEFT — Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bei den Juden in: OSE-Rundschau 5 (1930) 3 Heft XI, XII.

89. HEIMANN, W. — Grundzüge der Lebensmittelchemie Steinkopf, Darmstadt 1972.

90. HERSCH, L. — Jewish Population Trends in Europe in: The Jewish People - past and present YCO, New York 1948, S. 1.

91.	HILLMANN, A.	Jüdische Genossenschaften in Russland Bureau für Statistik der Juden, Berlin 1911.
92.	HINCKERS, H.J.	Alkohol und Schwangerschaft in: Fortschr. Med. 31 (1976) 1771.
93.	HOFFMANN, D.	Der Schulchan Aruch und die Rabbinen über das Verhältnis der Juden zu Andersgläubigen Expedition der Jüdischen Presse, Berlin 1894.
94.	HOPPE, H.	Krankheiten und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden S. Calvary & Co, Berlin 1903.
95.	HOPPE, H.	Zur Statistik der Juden in Ungarn in: Z. f. D. S. 1(1905) 8 Heft 12.
96.	HOPPE, H.	Die Tuberkulose unter den Juden in London in: Z. f. D. S. 4(1908) 122.
97.	HYGIENE UND JUDENTUM	darin: Scherbel, S.: Das Ghetto im Lichte der Wahrheit J. Sternlicht, Dresden 1930.
98.	IRA SEMINAR	Montreux Aug. 15-20, 1975 Recommendation for Action Programmes to Encourage Breast Feeding in: Acta. Paed. Scand. 65 (1976) 275.
99.	JACCARD, G.	Angeborene Resistenz und erworbene Immunität bei der Tuberkulose in: v. Bergmann, G., Frey, W., Schwiegk, H., : Handbuch der Inneren Medizin Bd. IV/3 S.80. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1956.

100.	JACOBI, A.	Die Pflege und Ernährung des Kindes in: Gerhardt, C.: Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. 1 S. 305 H. Laupp, Tübingen 1877.
101.	JAKOBOVITS, I.	Jewish Medical Ethics Bloch, New York 1967.
102.	JÜDISCHES LEXIKON	begründet von G. Herlitz und B. Kirschner, Band 1, Stichwort: Alliance Israelite Sp. 225 Jüdischer Verlag, Berlin 1927.
103.	JÜDISCHES LEXIKON	Band IV; Stichwort: OSE Sp. 619 Jüdischer Verlag, Berlin 1930.
104.	JÜDISCHES LEXIKON	Band V; Stichwort: Schulchan Aruch Sp. 874 Jüdischer Verlag, Berlin 1928.
105.	JÜDISCHES LEXIKON	Band V; Stichwort: Wilna Sp 1439 Jüdischer Verlag, Berlin 1928.
106.	KALLNER, J.	Schächtvorschriften und Volkshygiene in: Hygiene und Judentum S. 36. J. Sternlicht, Dresden 1930.
107.	KEEP, R., STAEMMLER, H.-J.	Lehrbuch der Gynäkologie G. Thieme, Stuttgart 1974.
108.	KIRSCHNER, M.	Die Sterblichkeit und die Todesursachen der Juden in München 1881-1908 Inaugural-Dissertation München 1912.
109.	KNÖPFEL, L.	Der Geburtenrückgang und die Sterblichkeit bei der jüdischen Bevölkerung in: Z. f. D. S. 9 (1913) 2.
110.	KNÖPFEL, L.	Die gegenwärtige Sterblichkeit der jüdischen und christlichen Bevölkerung des Großherzogtums Hessen nach Geschlecht, Alter und Todesursachen in: Z. f. D. S. 10 (1914) 49/65.

111.	KOLB, G.F.	Handbuch der vergleichenden Statistik A. Felix, Leipzig 1868.
112.	KOLODNY, E.H.	Clinical and Biochemical Genetics of the Lipidosis in: Sem. Hematol. 9 (1972) 251.
113.	KOLODNY, E.H.	Hererozygote Detection in the Lipidoses in: Milansky, A. The Prevention of Genetic Disease and Mental Retardation S. 182. Saunders, Philadelphia 1975.
114.	KORALNIK, I.	Die Problematik der jüdischen Mindersterblichkeit in: A. soz. Hy. N.F.4 (1929) 185.
115.	KORALNIK, I.	Über die Todesursachen bei den jüdischen und nichtjüdischen Kindern in: OSE-Rundschau 4 (1929) 1 Heft 6-8.
116.	KORÖSY, J. von	Einfluß der Confession, des Wohlstandes und der Beschäftigung auf die Todesursachen Puttkammer u. Mühlbrecht, Berlin 1898.
117.	KRAUS, S.	Talmudische Archäologie Teil II Erstdruck 1910, Nachdruck G. Olms, Hildesheim 1966.
118.	KREINERMANN, S.	Über das Verhalten der Lungentuberkulose bei den Juden in: Korr. Bl. schw. Ä. 45 (1915) 1546.
119.	KREMLING, H., LUTZEYER, W., HEINTZ, R.	Gynäkologische Urologie und Nephrologie Urban & Schwarzenberg München - Wien - Baltimore 1977.
120.	KRIKLER, D.	Diseases of the Jews in: Postgr. Med. J. 46 (1970) 687.

121.	LANDSBERGER, A.	Das Volk des Ghetto G. Müller, München 1916.
122.	LEIBER, B., OLBRICH, G.	Embryopathisches Alkoholismus-syndrom in: Ms. Kinderheilk. 124 (1976) 43.
123.	LESCHNITZER, A.	Saul und David L. Schneider, Heidelberg 1954.
124.	LETSCHINSKY, J.	Probleme der Bevölkerungsbewegung bei den Juden in: METRON 5 (1925) 130 Heft 4.
125.	LETSCHINSKY, J.	Probleme der Bevölkerungsbewegung bei den Juden in: METRON 6 (1926) 87 Heft 2.
126.	LEUTNER, R.	Gestorbene Säuglinge 1970 nach Körperlänge und Gewicht bei der Geburt sowie nach Todesursachen in: Bundesgesundheitsblatt 16 (1973) 34.
127.	LEVINSON, N.P.	Wein, Weib und Gesang in: AWJD 32 (1977) 5.
128.	LEWIN, H.	em. Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Univ. Frankfurt/M persönliche Mitteilung.
129.	LEXIKON DES JUDENTUM	Stichwort: Alliance Israelite Sp. 37 C. Bertelsmann, Gütersloh 1967.
130.	LEXIKON DES JUDENTUM	Stichwort: Schulchan Aruch Sp. 734 C. Bertelsmann, Gütersloh 1967.
131.	LIEBERMANN, A.	Der Schulchan Aruch M. Poppelauer, Berlin 1912.
132.	LÖFFLER, G.	Die Beschneidung im Lichte der Medizin L. Golde, Frankfurt 1912.
133.	LÖWE, H.G.F.	Schulchan Aruch (deutsche Übersetzung) Band 1 Hoheneichen-Verlag, Neudruck München 1936.

134.	LÖWE, H.G.F.	Schulchan Aruch (deutsche Übersetzung) Band 4 J.U. Wagener, Hamburg 1840.
135.	LUDES, H.	Lungentuberkulose in: Gross, R., Schölmerich, P.: Lehrbuch der Inneren Medizin S. 95 F.K. Schattauer, Stuttgart-New York 1977.
136.	LYON, E.	Diabetes mellitus and the Jewish Race L. Mayer, Jerusalem 1940.
137.	MAIER, J.	Geschichte der jüdischen Religion W. de Gruyter, Berlin-New York 1972.
138.	MAIER, J.	Das Judentum von der biblischen Zeit bis zur Moderne Kindler, München 1973.
139.	MALTA, L.J. URRUTIA, J.J.	Intestinal Colonisation of Breast-Feed Children in a Rural Area of Low Socioeconomic Level in: Ann. NY Ac. Sci.176 (1971) 93.
140.	MALTA, L.J., WYATT, R.G.	The Uniqueness of Human Milk. Host Resistance to Infection in: Am. j. clin. nutr. 24 (1971) 976.
141.	MARETZKI, L.	Die Gesundheitsverhältnisse der Juden in: Bureau für Statistik der Juden: Statistik der Juden S. 123 Jüdischer Verlag, Berlin 1918.
142.	MARTINIUS, J.	Cerebroretinale Degeneration in: Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. VIII/1 S. 231 Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1969.
143.	MAYR, G.	Die Sterblichkeit der Kinder während der ersten Lebensjahre in: Z. Bayer. Stat. B. 2 (1870) 201.

144. McKUSICK, V. Ethnic Distribution od Disease in Non-Jews
in: Isr. J. Med. Sci. 9 (1973) 1375.

145. MEISL, J. Geschichte der Juden in Russland und Polen
C.A. Schwetschke & Sohn, Berlin 1925.

146. MOMBERT, P. Studien zur Bevölkerungsbewegung in Deutschland
G. Braun, Karlsruhe 1907.

147. MOTULSKY, A.G. Significance of Genetic Diseases of Population-Studies
in: Israel J. Med. Sci.9(1973) 1410.

148. MÜLLER, C.K.E. Die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland und in der Deutschen Demokratischen Republik
Inaugural-Dissertation, Bonn 1976.

149. MÜNCHNER PERINATAL-STUDIE 1975 in: Schriftenreihe des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Band VIII
Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1977.

150. MYRIANTHOPOULOS, N.C., ARONSON, S.M. Population Dynamics of Tay-Sachs Disease. II. What confers the selective advantage upon the Jewish heterozygote
in: Volk, B.W., Aronson, S.M. Sphingolipids,Sphingolipidosis and Allied Disorders S. 561
Plenum, New York 1972.

151. NATHANSON, H. Die unehelichen Geburten bei den Juden
in: Z. f. D. S. 6 (1910) 102.

152. NEUFVILLE DE Lebensdauer und Todesursachen 22 verschiedener Stände und Gewerbe nebst vergleichender Statistik der christlich-israelitischen Bevölkerung in Frankfurt
J.D. Sauerländer, Frankfurt/M. 1855.

153.	NEUMANN, F.	Die Sterblichkeit ehelicher und unehelicher Kinder insbesondere der jüdischen Bevölkerung Badens in: Jb. Ges. V.V. Bd. 1 S. 151.
154.	NORDAU, M.	Das Judentum im 19. und 20. Jahrhun - dert Jüdischer Verlag, Köln 1910.
155.	NORDHEIMER-HAASE-GRUNWALD	Urteile über die Hygiene der Juden in: Grunwald, M.: Die Hygiene der Juden Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung Dresden 1911.
156.	NOSSIG, A.	Einführung in das Studium der sozialen Hygiene darin: Die Sozialhygiene der Juden Deutsche Verlags-Anstalt, Leipzig 1894.
157.	NOSSIG, A.	Jüdische Statistik Jüdischer Verlag, Berlin 1903.
158.	OLSCHWANGER, E.	Zur Frage der höheren Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge bei den Juden in: Revue OSE 9 (1934) 14.
159.	OTT, A.	Tuberkulose und Umwelt in: Hein, J., Kleinschmidt, H, Uehlinger, E.: Handbuch der Tuberkulose Bd. 1 S. 637. Thieme, Stuttgart 1958.
160.	PAYNE, D.W., HIA PENG, L., PEARLMAN, W.H., TALBERT, L.M.	Corticosteroid-binding Proteins in Human Colostrum and Milk and Rat Milk in: J. Biol.Chem. 251 (1976) 5272.
161.	PEDIATRICS	Human Milk in Premature Infant Feeding: Summary of a Workshop 57 (1976) 741.

162.	PEIPER, E., PAULI, R.	Die Säuglingssterblichkeit in Pommern in: Kl. Jb. 23 (1910) 189.
163.	PEITERSEN, B., BOHN, L., ANDERSON, H.	Quantitative Determination of Immunglobulins, Lysozyme, and certain Electrolytes in Breast Milk during the Entire Period of Lactation during a 24-hour Period and in Milk from Individual Mammary Gland in: Acta. Paed. Scand. 64 (1975) 709.
164.	PENTATEUCH	mit deutscher Übersetzung von J. Wohlgemuth und J. Bleichrode V. Goldschmidt, Basel 1969.
165.	PETROS-BARVAZIAN, A.	Maternal and Child Health and Breast Feeding in: Kretschmer, N., Rossi, E., Sereni, F. Milk and Lactation Modern Problems of Pediatrics Band 15 S. Karger, Basel 1975.
166.	PETUELY, F., LINDNER, G.	Über die gramnegativen Bakterien der Brustkindfaeces in: Wien klin. Ws. 73 (1961) 754.
167.	PFÄNDLER, U.	Stoffwechselkrankheiten in: Humangenetik Bd. III/1 S. 1 Thieme, Stuttgart 1964.
168.	PFEIFFER L.	Die Kindersterblichkeit in: Gerhardt, C. Handbuch der Kinderheilkunde Bd. I S. 531 H. Laupp, Tübingen 1877.
169.	PFEIFFER, R.A.	Eugenik in: Handbuch der Kinderkrankheiten S. 321 Springer, Berlin-Heidelberg-New-York 1966.
170.	PINTHUS, A.	Die Judensiedlungen in deutschen Städten in: ZGJD 2/3 (1930/1931) 101/197/284.

171. PLOSS, H.H. — Studien über Kindersterblichkeit in: Jb. Kinderheilk. 7 (1874) 156.

172. PREUSS, J. — Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Bibel und Talmud in: Z. Hyg. I.K. 53 (1904) 528.

173. PREUSS, J. — Biblisch-talmudische Medizin Erstdruck 1911, Neudruck KTAV, New York 1971.

174. PREUSSISCHE STATISTIK — Die definitiven Ergebnisse der Volkszählung vom 1. Dezember 1880 im preussischen Staate Band 66 ganzer Band Kgl. Stat Bureau, Berlin 1884.

175. PREUSSISCHE STATISTIK — Die Bewegung der Bevölkerung mit Einschluß der Wanderungen im preussischen Staate während des Jahres 1882 Band 74 ganzer Band Kgl. Stat. Bureau, Berlin 1884.

176. PREUSSISCHE STATISTIK — Kindersterblichkeit in Preussen Band 75 ganzer Band Kgl. Stat. Bureau, Berlin 1884.

177. PSCHYREMBEL, W. — Klinisches Wörterbuch Stichwort: Amaurotische Idiotie S. 40 W. de Gruyter, Berlin-New York 1975.

178. RABIN, E. — Das jüdische Haus in: Jüdisches Fest, jüdischer Brauch (Sammelschrfft) S. 12 1937, Nachdruck Jüdischer Verlag, Berlin 1967.

179. RATNER — Die geringere Sterblichkeit der Juden an Tuberkulose und Lues, sowie die verminderte Kindersterblichkeit unter den Juden in: Hyg. Rd. 20 (1910) 589.

180.	RAUCH, S.	Die Speicheldrüsen des Menschen G. Thieme, Stuttgart 1959.
181.	RICHARDS, M.P.M.	Feeding and the Early Growth of the Mother-Child Relationship in: Kretschmer, N., Rossi, E., Sereni, F. Milk and Lactation Modern Problems of Pediatrics Bd. 15 S. Karger, Basel 1975.
182.	RICHTER, K.	Erkrankungen der Vagina in: Döderlein, G., Wulf, K.H.: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Bd. 8 S. 433. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1974.
183.	RIEGER-BRAUN-SCHWEIGER	Ein Vierteljahrhundert im Kampf um das Recht und die Zukunft der deutschen Juden Verlag des Centralvereins deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens , Berlin 1918.
184.	RIETSCHEL, H.	Die Sommersterblichkeit der Säuglinge in: Erg. inn. Med. 6 (1910) 369.
185.	ROSENFELD, S.	Die Sterblichkeit der Juden in Wien und die Ursachen der jüdischen Mindersterblichkeit in: Arch. Rass. Ges. Biol. 4 (1907) 47/189.
186.	ROSENFELD, S.	Todesursachen der Juden nach Altersklassen in: S. M. 13 (1908) 373.
187.	ROSNER, F.	Haemophilia in the Talmud and Rabbinic Writings in: Ann. Int. Med. 70 (1969) 833.

188. ROTH, E. — Landesrabbiner von Hessen persönliche Mitteilung.

189. RUDY, Z. — Soziologie des jüdischen Volkes Rowohlt, Hamburg 1965.

190. RUPPIN, A. — Die sozialen Verhältnisse der Juden in Preussen in: Jbb. N. St. 40 (1902) 374.

191. RUPPIN, A. — Der Stand der Statistik der Juden in: Z. f. D.S. 3 (1907) 177.

192. RUPPIN, A. — Die Geschichte des Bureaus für Statistik der Juden in: Bureau für Statistik der Juden: Statistik der Juden Jüdischer Verlag, Berlin 1918.

193. RUPPIN, A. — Soziologie der Juden Band II Jüdischer Verlag, Berlin 1931.

194. SALTON, M.R.J. — The Properties of Lysozyme and its Action on Mikroorganism in: Bact. Rev. 21 (1957) 82.

195. SCHEPPE, K.J. — Alkohol-Embryopathie in: pädiat. prax. 18 (1977) 207.

196. SCHERBEL, S. — Das Ghetto im Lichte der Wahrheit in: Hygiene und Judentum J. Sternlicht, Dresden 1930.

197. SCHLOSSMANN, A. — Studien über Säuglingssterblichkeit in: Z. Hyg. I. K. 24 (1897) 93.

198. SCHMELZ, U.O. — Infant and Early Childhood Mortality among the Jews of the Diaspora Jerusalem 1971.

199. SCHMID, F. — Immunbiologie in: Hein, J., Kleinschmidt, H., Uehlinger, E.: Handbuch der Tuberkulose Bd. 1, S. 291 Thieme, Stuttgart 1958.

200. SCHMIDT, E. — Säuglingssterblichkeit 1900 und heute
in: Kinderheilkunde Einst und Jetzt
173. Tg. der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung S. 38
Düsseldorf 1975.

201. SCHORMÜLLER J. — Lehrbuch der Lebensmittelchemie
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1961.

202. SCHÜSSEL, E. — Hygienische Auswirkungen der Beschneidung
in: Hygiene und Judentum S. 23
Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung
Dresden 1930.

203. SEGALL, J. — Die Entwicklung der jüdischen Bevölkerung in München 1875-1905
Bureau für Statistik der Juden,
Berlin 1910.

204. SEGALL, J. — Die beruflichen und sozialen Verhältnisse der Juden in Deutschland
M. Schildberger, Berlin 1912.

205. SEIDLMAYER, H. — Geburtenzahl, Säuglingssterblichkeit und Stillung in München in den letzten 50 Jahren
München 1937.

206. SELIGMANN, C. — Geschichte der jüdischen Reformbewegung
J. Kauffmann, Frankfurt 1922.

207. SINGER, H. — Krankheiten der Juden
B. Konegen, Leipzig 1904.

208. SLOME, D. — The Genetic Basis of Amaurotic Family Idioty
in: J. Genet. 27 (1933) 363.

209. SNOPKOWSKI, S. — Über die Tuberkulose bei den Juden
Inaugural-Dissertation
München, 1955.

210.	SOKOLEWSKI, A. von	Kommen die Lungenschwindsucht und einige andere Krankheiten der Atmungsorgane häufiger bei der jüdischen als bei der christlichen Bevölkerung vor? in: Z. Tbk. 19 (1912) 143.
211.	SOMBART, W.	Die Juden und das Wirtschaftsleben Duncker & Humblot, Leipzig 1911.
212.	STATISTISCHES ARCHIV	Todesursachen der Juden und Christen in Budapest im Jahre 1902 in: Z. f. D. S. 1 (1905) 13 Heft 11.
213.	STATISTISCHES ARCHIV	Taubstumme 1902 aus Medizinalstatistischen Mitteilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt 1905 Bd. 8 S. 21 in: Z. f. D.S.3 (1907) 30.
214.	STATISTISCHES HANDBUCH DER LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN	Seite 14, München 1928.
215.	STERN, L.	Über den Talmud Stahel'sche Buch- und Kunsthandlung, Würzburg 1877.
216.	STERN, L.	Die Vorschriften der Thora, welche Israel in der Zerstreuung zu beachten hat J. Kauffmann, Frankfurt 1913.
217.	STEVENSON, A.C., JOHNSTON, H.A., STEWART, M.I.P., GOLDING, D.R.	Congenital Malformations in: Bulletin WHO 34 Suppl. ganzer Band WHO, Genf 1966.
218.	STICKL, H., AUFMOLK, H.	Neuraminsäurehaltige Körper-Substanzen in ihrer Wirkung auf das Bakterienwachstum in: Z. Kinderheilk. 85 (1961) 583.

219.	STICKL, O., KNAPP, W.	Bakteriologie und Immunologie der Tuberkulose in: Deist, H., Kraus, H.: Die Tuberkulose S. 64 Enke, Stuttgart 1959.
220.	STRAUSS, H.	Das Tuberkuloseproblem bei den Juden in: Z. f. D. S. N.F. 3 (1926) 41.
221.	TASCHE, T.	Ursachen der Säuglingssterblichkeit eine Analyse der Todesfälle in Frankfurt/M. 1926. in: A. soz. Hy. 4 N.F. (1929) 89.
222.	TEWELES, H.	Goethe und die Juden W. Gente, Hamburg 1925.
223.	THEILHABER, F.A.	Der Untergang der deutschen Juden Jüdischer Verlag, Berlin 1921.
224.	THON, J.	Die jüdische Bevölkerung in Krakau in: Z. f. D. S. 1 (1905) 5 Heft 11.
225.	TUGENDREICH, G.	Die Mutter- und Säuglingsfürsorge F. Enke, Stuttgart 1910.
226.	TURMANN, M.	Jüdische Krankheiten Inaugural-Dissertation Kiel 1968.
227.	ULLMANN, H.	Zur Frage der Vitalität und Morbidität der jüdischen Bevölkerung in: Arch. Rass. Ges. Biol. 18 (1926) 1.
228.	VISHNIAC, R.	Polish Jew: A Pictorial Record Schocken, New York 1947.
229.	WAGSHAL, S.	Care of Children on Shabbos and Yom Tov Gateshead 1973.
230.	WEIDLER, N.	Die Geisteskranken unter den Juden Österreichs in den Jahren 1882-1902. in: Z. f. D. S. 4 (1908) 61.

231.	WEIDLER, N.	Die Bevölkerungsbewegung des Jahres 1906 bei den Juden in Ungarn in: Z. f. D. S. 4 (1908) 118.
232.	WEISSENBERG, S.	Der Gesundheitszustand der Juden in Odessa in: Z. f. D. S. 5 (1909) 90.
233.	WEISSENBERG, S.	Das Verhalten der Juden gegen ansteckende Krankheiten in: Z. f. D. S. 7 (1911) 137/158/169.
234.	WEISSENBERG, S.	Hygiene in Brauch und Sitte der Juden in: Grunwald, M.: Die Hygiene der Juden S. 29 Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung Dresden 1911.
235.	WHO EXPERT COMITEE	Nutrition and Infection in: World Health Technical Report Series No. 314 ganzes Heft WHO, Genf 1965.
236.	WIRTH, L.	The Ghetto University of Chicago Press, Chicago 1928.
237.	WISS. BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER	Zirkumzision bei männlichen Neugeborenen in: Dt. Ärzteblatt 70 (1973) 17
238.	WOLFF, F.	Über die Gewichtsverhältnisse Neugeborener Inaugural-Dissertation München 1883.
239.	WOLFF, L.	Universal-Agende für jüdische Kultusbeamte C. Boas Nachf., Berlin 1891.
240.	WOLFF, U.	Untersuchungen über die Kindersterblichkeit Keyser, Erfurt 1874.

241. WOLFSBERG, O. Einiges über die Hygiene im Säuglings- und Kindesalter im Talmud in: Grunwald, M.: Die Hygiene der Juden S. 62
Hist. Abt. der Int. Hyg. Ausstellung Dresden 1911.

242. WOODBURY, R.M. Infant Mortality and its Causes
William & Wilkins, Baltimore 1926.

LEBENSLAUF

Am 20. März 1954 wurde ich als einziges Kind des technischen Bauleiters David Schuster und seiner Ehefrau Anita Schuster, geb. Grünpeter, in Haifa/Israel geboren. Nachdem meine beiden Elternteile zum Zeitpunkt meiner Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen, erwarb ich diese kraft Geburt.

Mit der Rückkehr meiner Eltern nach Deutschland im August 1956 kam ich im Alter von 2 1/2 Jahren nach Würzburg. Hier bin ich seitdem wohnhaft.

In den Jahren 1960-1964 besuchte ich die Schiller-Volksschule (Gemeinschaftsschule) in Würzburg; 1964 trat ich in das hiesige Röntgen-Gymnasium, ein mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium, ein, wo ich im Juni 1973 die Reifeprüfung ablegte.

Vom Oktober 1973 an studierte ich Medizin an der Würzburger Julius-Maximilians-Universität, wo ich im August 1975 die ärztliche Vorprüfung, im August 1976 den Ersten Abschnitt, im August 1978 den Zweiten Abschnitt und im Herbst 1979 den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung jeweils mit Erfolg ablegte.

Seit 1. Januar 1980 bin ich auf der medizinischen Abteilung des Juliusspitals in Würzburg als Assistenzarzt beschäftigt.

Josef Schuster

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80